**Deklaracja uczestnictwa w Program szczepień przeciwko wirusowi HPV**

Ja ….............................................................................................................................................

(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

zam. .............................................................................................................................................

(adres zamieszkania )

**wyrażam zgodę** na udział mojego dziecka w **Program szczepień przeciwko wirusowi HPV w Gminie Łodygowice**, obejmującego wykonanie u mojego dziecka szczepienia szczepionką ochronną: GARDASIL (producent: MSD POLSKA SP. Z O.O.) przez wykwalifikowany personel medyczny. Szczepienie zostanie poprzedzone badaniem lekarskim.

1. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o celu prowadzenia szczepienia.
2. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.
3. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany o możliwości uzyskania od lekarza prowadzącego szczepienia szczegółowych informacji o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia.
4. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku kiedy karta szczepień mojego dziecka znajduje się w innym ośrodku zdrowia niż ten, w którym wykonywane są szczepienia (MEDYK s.c.), konieczne jest dostarczenie poprawnie wypełnionego zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania szczepień stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej deklaracji.
5. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku nie dostarczenia zaświadczenia, o którym mowa w pkt 4, bądź kiedy zaświadczenie to będzie błędnie wypełnione lub niekompletne pomimo podpisanej deklaracji z Urzędem Gminy szczepienie nie zostanie wykonane.
6. Przyjmuję do wiadomości, iż szczepienie składa się z dwóch dawek szczepionki.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż ostateczną decyzję o możliwości wykonania szczepienia podejmuje lekarz zatrudniony w wyżej wymienionym ośrodku zdrowia.
8. Przyjmuję do wiadomości, iż po podpisaniu niniejszej deklaracji rezygnacja ze szczepienia będzie wiązała się z pokryciem kosztów zakupu szczepionki w wysokości 680,00zł, a w przypadku wykonania kwalifikacyjnego (ze skutkiem pozytywnym) także kosztów badania w wysokości 770,00zł. Koszty te deklaruje się dobrowolnie zwrócić w ciągu 7 dni od pisemnego wezwania Urzędu Gminy Łodygowice.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia u mojego dziecka:

…………………………………………………………………………………………...
(imię, nazwisko, adres zamieszkania i data urodzenia dziecka)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych

…..............................................................................................................................................