

.....  
/imię i nazwisko ucznia/

Klasa .....zawód .....

Adres  
zamieszkania.....

.....  
PESEL .....

### **Oświadczenie zgody na przetwarzania danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę nad uczniem oraz pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania zgodnie z DZ.U.04.282.2814 z dnia 30 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis ucznia

### **Potwierdzenie szczepień przeciwko WZW typu B**

Zgodnie z Roz. Ministra Zdrowia z dn. 28.11.2005 r. Dz. U. Nr 250 poz. 2113 w sprawie wykazu stanowisk pracy (zawodów medycznych) oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach.

Oświadczam, iż posiadam szczepienia p/WZW B.

W załączeniu dokument, (oryginał / kopia), potwierdzony przez jednostkę dokonującą szczepień.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis