

WZÓR

Załącznik nr 3



ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn.

„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2027”

INFORMACJE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	
DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PRZYJMUJĄCEGO OŚWIADCZENIE	
Informuję, że uczestnicze/uczestnikowi Programu przekazano informacje na temat zakresu działań i procedur realizowanych w ramach Programu oraz zasad uczestnictwa w Programie. Poznań, Podpis i pieczęć Realizatora	

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU (wypełnia uczestniczka/uczestnik)	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
ZAKRES PROGRAMU Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość osobom chorującym na nowotwory złośliwe, u których zidentyfikowano ryzyko niepłodności z powodu choroby lub jako skutek terapii przeciwnowotworowej. W ramach miejskiego Programu, po pozytywnej kwalifikacji formalnej i medycznej, osoby zakwalifikowane do programu polityki zdrowotnej mogą skorzystać z dofinansowania do procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość. Osoby zainteresowane uczestnictwem w programie muszą spełniać następujące warunki: • wiek mieści się w przedziale 18-40 lat wg rocznika urodzenia • składają zeznanie podatkowe i rozliczają się we właściwym dla miasta Poznania urzędzie skarbowym • są mieszkańcami Poznania przez okres minimum 12 miesięcy poprzedzający dzień złożenia oświadczenia • spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zabezpieczenia płodności na przyszłość	

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

(należy zaznaczyć właściwe)

Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Rady Miasta Poznania z dnia w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2027”, ja niżej podpisana(-ny):

- ☐ oświadczam, że zapoznałam(-łem) się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;
- ☐ oświadczam, że uzyskałam(-łem) u Realizatora informacje dotyczące Programu oraz otrzymałam(-łem) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania
- ☐ oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(-my) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny
- ☐ oświadczam, że przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw
- ☐ oświadczam, że zamieszkuję na terenie Poznania i rozliczam się z podatku we właściwym dla miasta Poznania urzędzie skarbowym

Poznań,

.....

Podpis uczestniczki/uczestnika Programu

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Przystępując do udziału w Programie pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2027”_przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest Realizator programu polityki zdrowotnej;
- 2) dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora;
- 3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 4) osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 5) mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedur przewidzianych w Programie
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora, podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu, oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa.

Poznań,

.....

Podpis uczestniczki/uczestnika Programu