

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 2024-2026”*

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ** | |
| **DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PRZYJMUJĄCEGO OŚWIADCZENIE** |  |
| Informuję, że uczestniczce/uczestnikowi Programu przekazano informacje na temat zakresu działań i procedur realizowanych w ramach Programu oraz zasad uczestnictwa w Programie.  Poznań, ………………………………. …………………………………………………..  Podpis i pieczątka 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 2024-2026”, 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 2024-2026”, 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: 5. dostępu do swoich danych osobowych, 6. żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe, 7. 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,  1. 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;  1. mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 2. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedur przewidzianych w Programie 3. dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu; 4. 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 | |