



**Formularz uczestnictwa  
w programie polityki zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę  
dla kobiet w ciąży**  
(wypełnia uczestniczka programu)

Imię i nazwisko uczestniczki programu .....

nr PESEL .....

Przystępując do programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę dla kobiet w ciąży, świadoma odpowiedzialności karnej za stwierdzenie nieprawdy celem osiągnięcia nienależnej korzyści oświadczam, że *(należy wypełnić tylko jeden z punktów)*:

**1. Jestem zameldowana na pobyt stały na terenie m.st. Warszawy.**

tj: .....  
(adres zameldowania)

**2. Jestem zameldowana na pobyt czasowy na terenie m.st. Warszawy.**

tj: .....  
(adres zameldowania)

**3. Oświadczam, że zamieszkuję na terenie m.st. Warszawy i rozliczam podatek dochodowy od osób fizycznych w m.st. Warszawie.**

tj: .....  
.....  
(nazwa i adres urzędu skarbowego)

**4. Przebywam w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży lub w innej placówce opiekuńczej na terenie m.st. Warszawy lub takiej, z którą m.st. Warszawa podpisało właściwą umowę.**

tj: .....  
(nazwa i adres placówki)

Warszawa, dnia .....

.....  
podpis uczestniczki programu

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta m.st. Warszawy, w celu kwalifikacji, sprawozdawczości i kontroli realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę dla kobiet w ciąży w zakresie imienia i nazwiska, numeru PESEL, adresu zameldowania na pobyt stały lub czasowy, oświadczenia o zamieszkiwaniu na terenie m.st. Warszawy i rozliczaniu podatku dochodowego od osób fizycznych w m.st. Warszawa, oświadczenia o przebywaniu w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży lub w innej placówce opiekuńczej na terenie m.st. Warszawy lub takiej, z którą m.st. Warszawa podpisało właściwą umowę.

.....  
podpis uczestniczki programu

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Będziemy przetwarzać Pani dane osobowe, by mogła Pani wziąć udział w programie polityki zdrowotnej finansowanym ze środków m.st. Warszawy. Mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ale nie będą profilowane.

*Kto administruje moimi danymi?*

- Administratorem Pani danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie m.st. Warszawy jest Prezydent m.st. Warszawy, z siedzibą w Warszawie (00-950), pl. Bankowy 3/5.
- Na pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani danych, a także o przysługujące Pani prawa odpowie Inspektor Ochrony Danych w Urzędzie m.st. Warszawy. Proszę je wysłać na adres: [iod@um.warszawa.pl](mailto:iod@um.warszawa.pl).

*Dlaczego moje dane są przetwarzane?*

- Pani dane osobowe są przetwarzane w celu/celach określonych w treści udzielonej przez Panią zgody.
- Podanie przez Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale jeśli Pani tego nie zrobi, udział w programie polityki zdrowotnej będzie niemożliwy.

*Jak długo będą przechowywane moje dane?*

Pani dane osobowe będą przechowywane do momentu odwołania zgody lub realizacji wskazanego w zgodzie celu. Potem, zgodnie z przepisami, dokumenty trafią do archiwum zakładowego.

*Kto może mieć dostęp do moich danych?*

Odbiorcami Pani danych osobowych mogą być:

1. podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych, w szczególności:
  - podmioty świadczące na rzecz urzędu usługi informatyczne, pocztowe;
  - podmioty lecznicze realizujące program polityki zdrowotnej;
- b) organy publiczne i inne podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie przepisów prawa;
- c) podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie udzielonej przez Panią zgody.

*Jakie mam prawa w związku z przetwarzaniem moich danych?*

- Ma Pani prawo do:
  1. wycofania zgody w dowolnym momencie, co nie będzie miało wpływu na zgod z prawem przetwarzania, którego dokonano przed wycofaniem zgody;
  2. dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych;
  3. żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;
  4. żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane;
    - wycofała Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych;
    - Pani dane przetwarzane są niezgodnie z prawem;
    - Pani dane muszą być usunięte, by wywiązać się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
  5. przenoszenia danych, gdy przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
  6. żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  7. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie m.st. Warszawy Pani danych osobowych.
- Nie przysługuje Pani prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.