



## Autorizație pentru vaccinare

(Acest document este destinat medicului și asistentului(ei) medical(e) din cadrul școlii)

Stimată doamnă, Stimat domn, Stimați părinți,

Serviciul/centrul nostru se oferă să administreze **gratuit** vaccinul împotriva difteriei, tetanosului și pertussisului. Acest vaccin poate fi administrat în cursul anului școlar, dar numai **cu acordul parental** (autorizație semnată). Vă mulțumim pentru completarea atență a documentului de mai jos.

**NUMELE, prenumele elevului:** .....

**Data nașterii:** ..... / ..... / .....

**Școala:** .....

**Clasa:** .....

Aplicați aici **DOCUMENTUL DE ASIGURARE CU NUMELE COPILULUI** sau completați **NUMĂRUL NAȚIONAL BELGIAN :**



**VĂ RUGĂM SĂ ANEXAȚI O COPIE A CARNETULUI DE VACCINURI AL COPILULUI DUMNEAVOASTRĂ SAU A PAGINILOR CU VACCINURI DIN CARNETUL SĂU DE SĂNĂTATE.**

### BIFAȚI OPȚIUNEA DUMNEAVOASTRĂ

- Solicit ca echipa medicală școlară** să administreze vaccinul împotriva difteriei, tetanosului și pertussisului.
- Solicit ca medicul curant** (generalist sau pediatru) să îmi vaccineze copilul.
- Nu doresc** vaccinarea copilului meu, din motivul următor:
- .....

În cazul unor date lipsă, autorizez medicul/asistentul(a) medical(ă) din cadrul școlii să consulte serviciul ONE sau medicul (generalist, pediatru) înainte de vaccinarea copilului meu:

DA  NU

Datele de contact ONE și/sau ale medicului curant (nume, adresă, telefon):

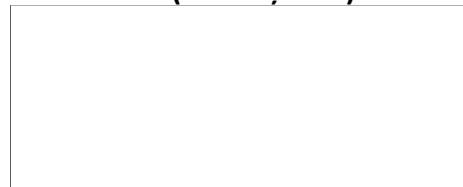
.....

Numărul de telefon al părinților: ..... / .....

Data: ..... / ..... / .....

### SEMNĂTURA(SEMNĂTURILE) PĂRINTELUI(PĂRINȚILOR):

Pentru mai multe informații cu privire la vaccinare: [www.vaccination-info.be](http://www.vaccination-info.be)



*Datele cu privire la vaccinurile administrate copilului dumneavoastră ca parte a programului de vaccinare FWB, precum și datele personale ale copilului dumneavoastră vor fi înregistrate într-o bază de date privind vaccinurile, cu excepția cazului în care refuzați acest lucru. Scopul acestei înregistrări este de a preveni pierderea datelor privind vaccinările și de a permite celorlalți medici vaccinatori ai copilului dumneavoastră să știe ce vaccinuri i-au fost deja administrate. Comisia de Confidențialitate și-a dat acordul pentru crearea acestei baze de date privind vaccinurile. În cazul refuzului de a introduce vaccinarea în baza de date, decizia dumneavoastră nu va avea nicio consecință asupra îngrijirii medicale oferite.*

*În plus, toate datele personale și confidențiale referitoare la copilul dumneavoastră sunt protejate de secretul profesional (art. 458 Codul Penal) ; prevederile legii din 30 iulie 2018 referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal; legea din 22 august 2002 cu privire la drepturile pacientului; Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor). Aveți, în orice moment, dreptul de a accesa, rectifica și șterge datele care vă privesc. Orice solicitare referitoare la exercitarea drepturilor de mai sus poate fi transmisă ONE prin e-mail: [dpo@one.be](mailto:dpo@one.be) sau prin poștă: DPO ONE,*

*Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles*

*Informații suplimentare cu privire la politica de confidențialitate și la securitatea datelor privind vaccinurile:*

*<http://www.one.be/contacts/vie-privee/politique-de-confidentialite-des-donnees/>*

