Załącznik 1 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

**Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” w roku 2019**

I. Dane uczestnika programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Miejsce zamieszkania |
| Imię |  | ………………………………….…………………………………. |
| Nr PESEL\* |  |

II. Oświadczam że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Starostwo Powiatowe w Żaganiu, tj: imienia, nazwiska, nr PESEL, adresu zamieszkania na potrzeby realizacji „Programu profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego
w wieku 45+ na lata 2019-2021”

………………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

III. Oświadczam, że znane jest mi prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także iż przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

………………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

Pouczenie:

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Żaganiu możliwy jest pod adresem email: iod@powiatzaganski.pl

IV. Zgoda na badania antropometryczne i wypełnienie ankiety kwalifikującej

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na planowane interwencje.**

 …………….............................

 *(data i podpis pacjenta)*

Wynik wskaźnika BMI: ………………….