



## Autorizim vaksinimi

(Ky dokument destinohet për mjekun dhe infermierin e shkollës)

Të nderuar zonja dhe zotëri, të dashur prindër,

Shërbimi/qendra jonë synon të vaksinojë **falas** nxënësit që janë në proces vaksinimi për shkak të moshës së tyre. Bëhet fjalë për vaksinimin kundër fruthit, rubeolës dhe shytave, vaksinimin kundër difterisë, tetanosit, kollës së mirë dhe poliomielitit, dhe vaksinimin kundër meningjitit C. Këto vaksinime mund të kryhen gjatë vitit shkollor, por vetëm **me pëlqimin e prindërve** (me autorizimin e tyre të nënshkruar). Ju lutemi të plotësoni me kujdes dokumentin e mëposhtëm.

**MBIEMRI dhe emri i nxënësit:** .....

**Data e lindjes:** ..... / ..... / .....

**Shkolla:** .....

**Klasa:** .....

Vendosni këtu NJË VINJETË TË  
SIGURIMIT SHËNDETËSOR ME EMRIN E  
FËMIJËS ose shënوني NUMRIN E TIJ  
PERSONAL BELG: .....



**JU LUTEMI TË BASHKËNGJITNI NJË KOPJE TË LIBREZËS SË VAKSINIMIT TË FËMIJËS SUAJ OSE TË FAQEVË TË VAKSINIMIT NGA LIBREZA E TI SHËNDETËSORE.**

### JU LUTEMI TË SHËNONI OPSIONIN E DËSHIRUAR

- Unë kërkoj nga ekipi i mjekësisë shkollore që të kryejë vaksinimin e mëvonshëm/vaksinimet e mëvonshme.
- Unë do të kërkoj nga mjeku trajtues (mjeku i përgjithshëm ose pediatri) që të rregullojë situatën e fëmijës tim.
- Unë nuk dëshiroj që fëmija im të vaksinohet për arsyen e mëposhtme:

.....

Në rast se mungojnë të dhëna, unë e autorizoj mjekun/infermierin e shkollës që të kontaktojë shërbimin e konsultimit ONE ose mjekun (mjekun e përgjithshëm, pediatrin) që e ka vaksinuar fëmijën tim:

PO  JO

Detajet e kontaktit të shërbimit të konsultimit ONE dhe/ose të mjekut trajtues (emri, adresa, telefoni):

.....

**Numri i telefonit të prindërve:** ..... / .....

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

**NËNSHKRIMI I PRINDIT/  
NËNSHKRIMET E PRINDËRVE:**

Për më shumë informacion mbi vaksinimin: [www.vaccination-info.be](http://www.vaccination-info.be)



*Datat në të cilat fëmija juaj është vaksinuar në kuadër të programit të vaksinimit FWB, si edhe të dhënat personale të fëmijës tuaj do të regjistrohen në bazën e të dhënave të vaksinimit, përveç në rast se ju refuzoni. Qëllimi i këtij regjistrimi është të shmanget humbja e të dhënave të vaksinimit, duke mundësuar që mjekë të tjerë vaksinues të dinë se cilat vaksina fëmija juaj i ka marrë tashmë. Komisioni i privatësisë ka dhënë pëlqimin e vet për krijimin e kësaj baze të të dhënave të vaksinimit. Në rast se ju refuzoni regjistrimin e vaksinimit në bazën e të dhënave, vendimi juaj nuk do të ketë asnjë ndikim mbi kujdesin mjekësor që i ofrohet fëmijës tuaj.*

*Për më tepër, të gjitha të dhënat personale dhe konfidenciale lidhur me fëmijën tuaj mbrohen nga legjislacioni për sekretin profesional (neni 458 i kodit penal); dispozitat e ligjit të 30 korrikut 2018 lidhur me mbrojtjen e individëve me rast të përpunimit të të dhënave personale; ligji i 22 gushtit 2002 për të drejtat e pacientëve; rregullorja (BE) 2016/679 e Parlamentit Evropian dhe e Këshillit e 27 prillit 2016 për mbrojtjen e individëve lidhur me përpunimin dhe lëvizjen e lirë të të dhënave personale (rregullorja e përgjithshme për mbrojtjen e të dhënave). Në çdo kohë, ju keni të drejtën për të qasur, korrigjuar dhe fshirë të dhënat lidhur me ju. Çdo kërkesë lidhur me ushtrimin e të drejtave të mësipërme mund t'i paraqitet shërbimit ONE në adresën e postës elektronike: [dpo@one.be](mailto:dpo@one.be) ose me postë në adresën: DPO ONE, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruksel*

Më shumë informacion mbi politikën e privatësisë dhe sigurisë për të dhënat e vaksinimit:  
<http://www.one.be/contacts/vie-privee/politique-de-confidentialite-des-donnees/>

