



Autorizim vaksinimi

(Ky dokument destinohet për mjekun dhe infermierin e shkollës)

Të nderuar zonja dhe zotëri, të dashur prindër,

Shërbimi/qendra jonë synon të kryejë **falas** vaksinimin kundër Difterisë, tetanosit dhe kollës së mirë. Ky vaksinim mund të kryhet 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 shënoni **NUMRIN E TIJ PERSONAL BELG:** _ _ .
_ _ . _ _ . _ _ .



JU LUTEMI TË BASHKËNGJITNI NJË KOPJE TË LIBREZËS SË VAKSINIMIT TË FËMIJËS SUAJ OSE TË FAQEVE 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 kundër difterisë, tetanosit dhe kollës së mirë.
- Unë **do të kërkoj nga mjeku trajtues** (mjeku i përgjithshëm ose pediatri) që të vaksinojë fëmijën 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



Datat në të cilat fëmija juaj është vaksinuuar 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 shmangët humbja e të dhënave të vaksinimit, duke mundësuar që mjekë të tjerë vaksinojnë të dinë se cilat vakcina 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 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/>

