

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jest Urząd Miejski w Choroszczy z siedzibą przy ul. Dominikańskiej 2, zwany dalej Urzędem.
2. Urząd prowadzi operację przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wyłącznie w związku z realizacją programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNİ 65+”.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków ustawowych i będą udostępniane:
 - zgodnie z ustawą z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1764 ze zm.);
 - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).
4. Na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 Ustawy ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach wymienionych powyżej. Informujemy, że posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania i pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. *(art. 4 pkt 1, art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 7 oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO - ROZPORZĄDZENIE 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)).*
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych.
6. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Ja, niżej podpisana/y po zapoznaniu się z treścią powyższych zasad wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, co poświadczam poniższym odręcznym podpisem:

LP.	Data szczepienia	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Poddanie edukacji zdrowotnej w zakresie grypy	Informacja jak osoba dowiedziała się o organizowanych szczepieniach	Poziom zadowolenia z udziału w programie/uwagi wniesione do programu	Czytelny podpis osoby zaszczepionej
1							
2							
3							
4							