

# **Deklaracja zgłoszeniowa**

Profilaktyczny program w zakresie profilaktyki przed Wirusowym Zapaleniem Wątroby

## **Program edukacyjny „Podstępne WZW”**

<b>Nazwa i adres szkoły</b>			
<b>Telefon/fax, adres e-mail szkoły</b>			
<b>Ogólna liczba uczniów w szkole</b>			
<b>Szkoła</b>	<b>Liczba klas biorących udział w programie</b>	<b>Liczba uczniów biorąca udział w programie</b>	<b>Imię i nazwisko szkolnego koordynatora / stanowisko*</b>
Szkoła podstawowa			
Szkoła średnia			

\* "Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Żarach z siedzibą przy ul. Podchorążych 23a, 68-200 Żary. Każda osoba przysyłając wiadomość zawierającą jej dane osobowe ma prawo dostępu do tych danych, żądania ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec ich przetwarzania w związku z jej szczególną sytuacją. Przesyłane dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji interwencji programowych”.

**WYPEŁNIA DYREKTOR PLACÓWKI NAUCZANIA I WYCHOWANIA ZGŁASZANEJ DO PROGRAMU**

**Wyrażam zgodę na przystąpienie do realizacji programu edukacyjnego**

**pt. „Podstępne WZW” w roku szkolnym ..... / .....**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć placówki

.....  
Podpis Dyrektora Placówki\*