



# 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 nxënësit **falas** kundër infeksioneve të shkaktuara nga virusi i papilomës njerëzore (HPV). 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 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 kundër virusit të papilomës njerëzore.
- 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, pediatrën) 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:** ..... / ..... / .....

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



## NËNSHKRIMI I PRINDIT/ NËNSHKRIMET E PRINDËRVE:



*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 të 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/>*

