

Jestem zakażony wirusem HIV		
Dożylnie lub donosowo przyjmuje środki odurzające		
Posiadam ryzykowne kontakty seksualne (więcej niż 1 partner seksualny przez ostatnie 6 miesięcy)		
Chcę się zaszczepić przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B		
<small>(wypełnia personel medyczny)</small>		
Osoba kwalifikowana do szczepienia (ankieta) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE liczba wskazań		
<small>(wypełnia personel medyczny)</small>		
Osoba kwalifikowana do szczepienia (badanie lekarskie) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Wyrażam zgodę na:

- udział w Programie edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B i dobrowolnie po uzyskaniu niezbędnych informacji chcę wykonać szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

TAK NIE

- przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją i ewaluacją programu zdrowotnego

TAK NIE

Oświadczam również, że nie korzystałam/em wcześniej z tego typu wsparcia (zarówno ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu Państwa lub ze środków samorządowych) w przeciągu ostatnich 2 lat poprzedzających dzień przystąpienia do programu.

W przypadku dużego zainteresowania udziałem w projekcie, decyduje kolejność zgłoszeń (złożenia ankiety kwalifikującej).

Miejscowość i data _____

Podpis Uczestnika programu _____

PESEL Uczestnika programu _____ / **data urodzenia** _____

Wykształcenie _____ / **Zawód** _____

Miejsce zamieszkania _____

Status na rynku pracy _____

Telefon kontaktowy do Uczestnika programu _____

