



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΓΙΑ COVID-19
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΜΑΘΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΓΡΑΠΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ/ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ
ΜΕΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ COVID-19ⁱ

ΟΝΟΜΑ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ/ΛΥΚΕΙΟΥ/ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ.....

ΤΑΞΗ..... ΤΜΗΜΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ.....

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνομα :..... Επίθετο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../.....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αριθμός Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ALIENS REGISTRATION CARD NUMBER- ARC)ⁱⁱ:

Διεύθυνση διαμονής:....., Αρ.:, Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:.....

Αρ. Τηλεφώνου:, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ/ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ

Δηλώνω ότι έχω συγκατατεθεί στον εμβολιασμό του παιδιού μου για COVID-19 από Κινητή Μονάδα του Υπουργείου Υγείας στο χώρο του σχολείου του, όπως αυτό θα προγραμματιστεί σε συνεννόηση με το Υπουργείο Παιδείας Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας. Το εμβόλιο χρησιμοποιείται για πρόληψη της νόσου COVID-19. Διεγείρει τη φυσική παραγωγή αντισωμάτων από το σώμα και την κυτταρική ανοσοαπόκριση για προστασία από τη νόσο.

Με την παρούσα συγκατάθεση βεβαιώ ότι

1. Κατανώ πλήρως τα πλεονεκτήματα του εμβολιασμού και τον κίνδυνο που ενέχει ο μη εμβολιασμός. Όπως με όλα τα φάρμακα και εμβόλια, με τη χορήγηση του εμβολίου για πρόληψη της νόσου COVID-19, ενδέχεται να εκδηλωθούν ανεπιθύμητες παρενέργειες, οι περισσότερες από τις οποίες είναι ήπιες, βραχυπρόθεσμες και δεν παρουσιάζονται σε όλα τα άτομα.

2. Κατανώ ότι στη σπάνια περίπτωση εμφάνισης αναφυλαξίας θα γίνει παροχή επείγουσας θεραπείας.

3. Ενημερώθηκα ότι δεν μπορεί να λάβει το εμβόλιο σε περίπτωση αλλεργίας στη δραστική ουσία ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του.

4. Έχω συμβουλευτεί τον Προσωπικό Ιατρό του παιδιού μου αφού παρουσιάζει τουλάχιστο ένα από τα πιο κάτω:

- Σοβαρή ασθένεια με υψηλό πυρετό
- Εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, ως αποτέλεσμα μόλυνσης από τον ιό HIV ή σε φάρμακο που επηρεάζει το ανοσοποιητικό του σύστημα
- Προβλήματα αιμορραγίας, σχηματίζω μώλωπες εύκολα ή χρησιμοποιεί αντιπηκτικά φάρμακα
- Είχε στο παρελθόν κάποια σοβαρή αλλεργική αντίδραση
- Λαμβάνει ή έλαβε άλλα φάρμακα ή έλαβε άλλο εμβόλιο πρόσφατα.

ο οποίος έχει συμφωνήσει με τη χορήγηση του εμβολίου

A. Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα: ΑΔΤ ή ARC ⁱⁱ
Αρ. Τηλεφώνου:,

Υπογραφή:

B. Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα: ΑΔΤ ή ARC
Αρ. Τηλεφώνου:,

Υπογραφή:

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου διέπεται από τις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και για την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων) και του «Ο περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν.125(Ι)/2018)».

ⁱ Στο έντυπο θα πρέπει να δίνεται συγκατάθεση εμβολιασμού του ανηλίκου και από τους δύο γονείς / κηδεμόνες, εκτός και αν με προσκόμιση σχετικής απόφασης Δικαστηρίου ή Βεβαίωσης του σχολείου, κάτι τέτοιο δεν είναι απαραίτητο/ δεν εφαρμόζεται

ⁱⁱ Το έγγραφο ταυτοποίησης του μαθητή/ μαθήτριας θα πρέπει να παρουσιάζεται κατά την προσέλευσή του για Εμβολιασμό στην Κινητή Μονάδα Εμβολιασμού του Υπουργείου Υγείας, στο Σχολείο