



**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΓΙΑ COVID-19

**ΕΝΤΥΠΟ ΓΡΑΠΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ/ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΜΕ
ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ COVID-19ⁱ**

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

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 ΑΝΗΛΙΚΟΥ

Δηλώνω ότι έχω συγκατατεθεί στην ηλεκτρονική διευθέτηση ραντεβού και εμβολιασμό του παιδιού μου για COVID-19. 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 τη διευθέτηση του ραντεβού 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 νομικά (με προσκόμιση σχετικής απόφασης Δικαστηρίου) κάτι τέτοιο δεν είναι απαραίτητο

ⁱⁱ Το έγγραφο ταυτοποίησης του ανηλίκου όπως και του συνοδού γονέα / κηδεμόνα θα πρέπει να παρουσιάζονται κατά τον Εμβολιασμό του πρώτου στο Εμβολιαστικό Κέντρο