

টিকা দেওয়ার জন্য সম্মতি দেওয়ার ফর্ম

নিম্নস্বাক্ষরিত উপাধি _____ নাম _____
জন্মস্থান _____ জন্ম তারিখ _____ C.F.* _____
বসবাসের শহর _____ বাসার ঠিকানা _____ N° _____
টেলিফোন নাম্বার _____ ইমেইল ঠিকানা _____
ডকুমেন্ট _____ N° _____
মেয়াদ ____/____/____/____ প্রদান করেছেন _____

এবং

নিম্নস্বাক্ষরিত উপাধি _____ নাম _____
জন্মস্থান _____ জন্ম তারিখ _____ C.F.* _____
বসবাসের শহর _____ বাসার ঠিকানা _____ N° _____
টেলিফোন নাম্বার _____ ইমেইল ঠিকানা _____
ডকুমেন্ট _____ N° _____
মেয়াদ ____/____/____/____ প্রদান করেছেন _____

আপনি যেহেতু

নাবালকের ক্ষেত্রে :

পিতামাতারা নাবালকের উপর পিতামাতার কর্তৃত্ব প্রয়োগ করছেন: _____

জন্মস্থান _____ জন্ম তারিখ ____/____/____/____

* (এটা প্রয়োজন হয় না)

আমি ঘোষণা করি/আমরা ঘোষণা করি

1. অন্য অভিভাবক (যদি অনুপস্থিত) যারা আজ উপস্থিত হতে অক্ষম তাদের অনুমোদন নেওয়া হয়েছে এবং তাকে টিকা দেওয়ার বিষয়ে ব্যক্তিগতভাবে জানানো হয়েছে
2. শিশু বা আমি আইনত প্রতিনিধিত্ব করি এমন ব্যক্তির স্বাস্থ্যের অবস্থার ব্যক্তিগত তথ্য এবং তথ্য সঠিকভাবে প্রদান করা হয়েছে
3. আমি যেসব রোগ প্রতিরোধ করতে হবে, ব্যবহৃত ভ্যাকসিনের বৈশিষ্ট্য এবং টিকাদানের সুবিধা ও সম্ভাব্য ঝুঁকি এবং বর্তমান টিকাকরণ ক্যালেন্ডার দ্বারা পূর্বাভাসিত প্রশাসনের সংখ্যা সম্পর্কে তথ্য পেয়েছি;
4. প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ ছিল এবং টিকা সংক্রান্ত ব্যাখ্যার জন্য অনুরোধের উত্তরগুলি বুঝতে পেরেছি;
5. আমি ASL ROMA 2-এর রেগুলেশন 2016/649/EU “Regolamento generale sulla protezione dei dati personali” এর নিবন্ধ 13 এবং 14 অনুসারে তথ্য পড়েছি এবং বুঝেছি;
6. আমি বুঝি যে সমস্ত তথ্য উপরে উল্লিখিত প্রবিধান দ্বারা প্রতিষ্ঠিত সুরক্ষা নিয়ম মেনে প্রক্রিয়া করা হবে
7. আমি বুঝি যে ASL Roma 2 হল তথ্যের ডেটা নিয়ন্ত্রক এবং টিকা দেওয়ার জন্য তথ্যের প্রক্রিয়াকরণের অনুমতি দেওয়া প্রয়োজন;
8. আমি বুঝি যে ASL ROMA 2 একজন ডেটা সুরক্ষা অফিসার নিয়োগ করেছে যার সাথে ইমেইল ঠিকানায় যোগাযোগ করা যেতে পারে: dpo@aslroma2.it
9. আমি বুঝতে পারি যে এই ASL-এ একটি সক্রিয় কম্পিউটারাইজড ভ্যাকসিনেশন রেজিস্ট্রি রয়েছে যেখানে ভ্যাকসিন প্রশাসন সম্পর্কিত তথ্য সংরক্ষণ করা হয় (Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento E Bolzano sul documento recante “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019”) এবং এই ফর্মের মাধ্যমে প্রকাশ করা সম্মতিগুলি;

10. আমি বুঝি যে এটি ASL রোমা 2 এর বিরুদ্ধে যে আইন artt.15 এর সমস্ত অধিকার এবং ss. প্রবিধানের বাক্যে প্রয়োগ করা যেতে পারে, যেখানে লেখা আছে যে এই ফর্মে প্রকাশিত সম্মতিগুলিকে যে কোনো সময়ে প্রত্যাহার/পরিবর্তন করার অধিকার আমার আছে;
11. আমি বুঝি যে Piano Nazionale Vaccini (পয়েন্ট 9 দেখুন) স্থানীয় স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষকে তথাকথিত "সক্রিয় কল" করার জন্য আমন্ত্রণ জানায়, বাধ্যতামূলক এবং সুপারিশকৃত টিকা দেওয়ার জন্য;
12. আমি বুঝি যে প্রদত্ত টিকা সংক্রান্ত তথ্যের প্রক্রিয়াকরণ জনস্বার্থের কারণেও করা হয় এবং এই তথ্য অন্য কোনো উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হবে না;
13. আমি বুঝতে পারি যে যারা মনে করেন যে ASL Roma 2 দ্বারা তাদের ব্যক্তিগত তথ্যের প্রক্রিয়াকরণ প্রবিধানের বিধান লঙ্ঘন করে, তাদের ব্যক্তিগত তথ্য সুরক্ষার জন্য গ্যারান্টারের কাছে অভিযোগ দায়ের করার অধিকার রয়েছে, যেমনটি প্রবিধানের আইন art.77 দ্বারা সরবরাহ করা হয়েছে, বা উপযুক্ত বিচার বিভাগীয় অফিসে (প্রবিধানের art.79 অনুচ্ছেদ) আপিল করার অধিকার রয়েছে।

Mod. 5378 Medilife Business Service

এ পর্যন্ত বলা সবকিছু বিবেচনায় নিয়ে, নিম্নস্বাক্ষরিত

রাজি

রাজি না

ব্যক্তিগত তথ্যের প্রক্রিয়াকরণ এবং নাবালকের, অথবা যে ব্যক্তিকে তিনি আইনত ভ্যাকসিন প্রক্রিয়ায় প্রতিনিধিত্ব করেন

তিনি সমস্ত বাধ্যতামূলক এবং ঐচ্ছিক টিকাদানের জন্য মৌলিক প্রোগ্রাম এবং পরবর্তী বুস্টারগুলি চালাতে তার সম্মতি দেন। ভ্যাকসিনটি "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 এবং DL 7 giugno 2017 n.73" দ্বারা নিয়ন্ত্রিত বিদ্যমান ফর্মুলেশন অনুসরণ করে, যা 31 জুলাই 2017 n.119 এর রূপান্তর আইন দ্বারা সংশোধিত হয়েছে:

হ্যাঁ না

Esavalente (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio-emofiloB-epatiteB)

Pentavalente (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio-emofiloB)

Tetavalente pediatrico (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio)

Tetavalente adulti (anti-difterica-tetanica-pertosse-polio)

Trivalente (anti-difterica-tetanica-pertosse)

MPRV (anti-Morbillo- Parotite- Rosolia-Varicella)

MPR (anti-Morbillo-Parotite-Rosolia)

Anti-EmofiloB

Anti-Epatite A

Anti-Epatite A+B

Anti-EpatiteB pediatrico

Anti-EpatiteB adulti

Anti-EpatiteB per emodializzati

Anti-Herpes Zoster ricombinante

Anti- Herpes Zoster attenuato

Anti-Meningococco ACYW135

Anti-Meningococco B

Anti-Papillomavirus HPV9

Anti-Pneumococco15

Anti-Pneumococco 20

Anti-Pneumococco23

Anti-Polio IPV

Anti-Rotavirus

Anti-Varicella

অন্যান্য _____

তারিখ

স্বাক্ষর