

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

ویکسینیشن رضامندی کا فارم

نام _____
 زیر دستخط کنیت _____
 پیدائش کی جگہ _____ تاریخ _____ ٹیکس شناخت: C.F. _____ * _____ N°
 رہائشی گلے _____
 فون نمبر _____ email _____
 دستاویز سے شناخت: N° _____
 میعاد ختم a جاری کر ده _____ / _____ e

نام _____
 زیر دستخط کنیت _____
 پیدائش کی جگہ _____ تاریخ _____ ٹیکس شناخت: C.F. _____ N°
 رہائشی گلے _____
 فون نمبر _____ email _____
 دستاویز سے شناخت: N° _____
 میعاد ختم a جاری کر ده _____ / _____

**ان کی متعلقہ صلاحیتوں میں
نابالغ کی صورت میں**

: والدین (والدین)، والدین کے اختیار کے حاملین
 • پیدائش کی جگہ a تاریخ: / /

ایک معذور فرد کی صورت میں

قانونی نمائندہ (سرپرست یا دیگر): _____ / _____ تاریخ
 پیدائش کی جگہ a

*(non obbligatorio)

میں اعلان کرتا ہوں DICHIARO / DICHIARIAMO:

1. دوسرا والدین کی رضامندی حاصل کرنے کے لیے (اگر غیر حاضر ہوں)، جو آج حاضری سے قاصر ہیں، کو ذاتی طور پر ویکسینیشن کی ضرورت کے بارے میں زیر دستخط کے ذریعے مطلع کیا گیا ہے۔
2. کہ آپ نے اپنے بچے یا جس شخص کی آپ قانونی طور پر نمائندگی کرتے ہیں اس کے ذاتی ڈیٹا اور صحت کے حالات کے بارے میں معلومات کی صحیح اطلاع دی ہے۔
3. روک تھام کی حالت والی بیماریوں کے بارے میں معلومات حاصل کرنا، استعمال شدہ ویکسین کی خصوصیات اور ویکسینیشن کے فوائد اور ممکنہ خطرات اور موجودہ ویکسینیشن کیلنٹر کے مطابق انتظامیہ کی تعداد کے بارے میں معلومات حاصل کرنا،
4. مجھ سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے اور میں نے ویکسینیشن کے بارے میں وضاحت کی درخواستوں کے جوابات کو سمجھ لیا ہے۔
5. کہ میں نے ASL ROMA 2 کے ضابطہ EU/649/2016 "ذاتی ڈیٹا کے تحفظ پر عمومی ضابطہ" کے آرٹیکل 13 اور 14 کے مطابق معلومات کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔

6. کہ میں سمجھتا ہوں کہ تمام ڈیٹا پر مذکورہ بالا ضابطے کے قائم کردہ تحفظاتی اصولوں کی تعمیل میں کارروائی کی جائے گی۔
7. یہ سمجھنا کہ ASL Roma 2، جس کی شناخت کی تفصیلات معلومات میں دی گئی ہیں، ڈیٹا کنٹرولر ہے اور یہ کہ ویکسین لگانے کے لیے ڈیٹا کی پروسیسنگ فرایم کرنا اور اس کی اجازت دینا ضروری ہے۔
8. کہ میں سمجھتا ہوں کہ ASL ROMA 2 نے ڈیٹا پروٹیکشن آفیسر مقرر کیا ہے جس سے ای میل ایڈریس پر رابطہ کیا جا سکتا ہے: dpo@aslroma2.it

9. یہ سمجھنا کہ اس ASL میں ایک فعال کمپیوٹرائزڈ ویکسینیشن رجسٹری ہے جس میں ویکسین کے انتظام سے متعلق ڈیٹا محفوظ کیا جاتا ہے (آرٹ 8 کے مطابق معاہدہ، قانون 5 جون 2003 کے پیراگراف 6 n.131، حکومت کے درمیان "قومی ویکسین پریونشن پلان (PNPV) 2017-2019" پر مشتمل دستاویز پر Bolzano اور Trento کے خطے اور خود مختار صوبے) اور اس فارم کے ذریعے ظابر کردہ رضامندی؛
10. کہ میں سمجھتا ہوں کہ وہ تمام حقوق جن کا حوالہ آرٹیکل 15 اور سیق میں دیا گیا ہے۔ ASL Roma 2 کے خلاف استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ضوابط کے واضح طور پر کسی بھی وقت اس فارم میں ظابر کردہ رضامندی کو منسوخ/تبديل کرنے کا حق بھی شامل ہے۔

11. یہ سمجھنا کہ قومی ویکسینیشن پلان (نقاطہ 9 دیکھیں) مقامی صحت کے حکام کو دعوت دیتا ہے کہ وہ لازمی اور تجویز کردہ ویکسینیشن کو فروغ دینے کے لیے، نام نہاد "ایکٹو کالز" یا ویکسینیشن سے گزرنے کے لیے ذاتی دعوتیں؛

12. کہ میں سمجھتا ہوں کہ زیر انتظام ویکسین سے متعلق ڈیٹا کی پروسیسنگ بھی مفاد عامہ کی وجوہات کی بناء پر کی جاتی ہے اور کہا جاتا ہے کہ ڈیٹا کو کسی اور مقصد کے لیے کبھی بھی ظابر نہیں کیا جائے گا؛

13. یہ سمجھنے کے لیے کہ دلچسپی رکھنے والی جماعتیں جو یہ مانتی ہیں کہ ان سے متعلق ذاتی ڈیٹا کی کارروائی ASL Roma 2 کے ذریعے کی جاتی ہے، ضابطے کی دفعات کی خلاف ورزی بوتی ہے، انہیں ذاتی ڈیٹا کے تحفظ کے لیے ضامن کے پاس شکایت درج کرنے کا حق حاصل ہے، جیسا کہ خود ریگولیشن کے آرٹیکل 77 سے فرایم کیا گیا ہے، یا مناسب عدالتی دفاتر میں کارروائی کرنے کے لیے (آرٹ 79 آف دی ریگولیشن)۔

STANTE TUTTO QUANTO PRECDE, IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I
بیشگی پاتوں کے باوجود، میں دستخط شدہ



متفق



متفق نہیں ہے

کسی کے اپنے ذاتی ڈیٹا اور معذور نابالغ کے ٹھیٹا کی پروسیسٹنگ کے عمل کے انتظام کے لیے قانونی طور پر مانندگی کرتا ہے
 تمام لازمی اور اختیاری ویکسینیشن کے لیے بنیادی سائیکل اور اس کے بعد کے فروغ دینے کے لیے
 اپنی رضامندی کا اظہار کرتا ہے - مارکیٹ میں موجودہ فارمولیشنز کے مطابق - قومی ویکسین پریونشن
 پلان 2017-2019 اور قانون سازی کے حکم نامہ 7 جون 2017 n.73 کے مطابق 31 جولائی 2017 کے تبادلوں
 کے قانون کے ذریعے ترمیم شدہ n.119 ذیل میں درج ہے:

NO	SI جی ہاں	NO نہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(اینٹی خناق-ٹیٹس-پرٹیوسس-پولیو-بیمو فیلس بی-بیپیٹانٹس بی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(اینٹی خناق-ٹیٹس-پرٹیوسس-پولیو-بیمو فیلس بی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی ڈیفتپیریا-ٹیٹس-کالی کھانسی-پولیو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی خناق-تشنج-کالی کھانسی-پولیو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی خناق-تشنج-کالی کھانسی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(اینٹی خسرہ-مپس-روبیلا-چکن پاکس)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی خسرہ-مپس-روبیلا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی بیمو فیلس بی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی بیپیٹانٹس اے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی بیپیٹانٹ A+B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیڈیاٹرک اینٹی بیپیٹانٹس بی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی بیپیٹانٹس بی بالغ افراد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیموڈالیس اینٹی بیپیٹانٹس بی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ریکومبیننٹ اینٹی برپس زوستر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی برپس زوستر کو کم کیا گیا۔
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی میننگوکوکو ACY W13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی میننگوکوکو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی ہپپیلوما وائرس HPV9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی نیوموکوکس 15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی نیوموکوکس 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی نیوموکوکو 23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-IPV پولیو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی روٹا وائرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اینٹی چکن پوکس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro دیگر

دستخط

تاریخ

firma del medico che riceve il consenso

Presidio