

System informacji o nabywaniu odporności w stanie (CT WiZ)

Connecticut Department of Public Health Immunization Program [Departament Stanu Connecticut ds. Programu Zdrowia Publicznego w zakresie Nabywania Odporności]
 410 Capitol Ave. MS 11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Nr tel.: 860-509-7929 Fax: 860-707-1925
 Strona internetowa: <https://portal.ct.gov/DPH/Immunizations/ALL-ABOUT-CT-WiZ>

**PONIŻSZE INFORMACJE BĘDĄ TRAKTOWANE JAKO
 INFORMACJE POUFNE**

Według postanowień 19a-7h-4 Przepisów ogólnych stanu Connecticut

**System CT WiZ:**

- o umożliwia Państwa lekarzowi dowiedzenie się, czy kwalifikują się Państwo do zastrzyku;
- o zapewnia Państwu/ Państwa lekarzowi ewidencję zastrzyków w przypadku uszkodzenia takiej ewidencji, w przypadku przejścia przez Państwa do innej kliniki lub zamknięcia się Państwa kliniki;
- o zapewnia Państwu/ Państwa lekarzowi oficjalną ewidencję działań zwiększających odporność na potrzeby przekazania informacji do ośrodka dziennej opieki, szkoły, obozu, uczelni lub miejsca pracy.

FORMULARZ ZAPISU DO SYSTEMU CT WiZ

Adres do wysyłki: Department of Public Health, Immunization Program, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 **lub numer do wysyłki faksem:** 860-707-1925

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia ____/____/____ Płeć: Mężczyzna Kobieta Osoba transpłciowa
(pierwsze imię) (drugie imię) (nazwisko) miesiąc dzień rok (proszę zakreślić jedną opcję)

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Nr telefonu komórkowego (_____) _____ Nr telefonu domowego (_____) _____

E-mail _____ Nr telefonu służbowego (_____) _____

Imię i nazwisko lekarza _____ Nazwa kliniki _____ Miasto, w którym znajduje się klinika _____

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna (w przypadku osób niepełnoletnich) _____
(pierwsze imię) (drugie imię) (nazwisko)

Nr telefonu komórkowego (_____) _____ Nr telefonu domowego (_____) _____

Email _____ Nr telefonu służbowego (_____) _____

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna (w przypadku osób niepełnoletnich) _____
(pierwsze imię) (drugie imię) (nazwisko)

Nr telefonu komórkowego (_____) _____ Nr telefonu domowego (_____) _____

Email _____ Nr telefonu służbowego (_____) _____

Podpis wymagany jest tylko w przypadku rezygnacji z udziału. Jeśli NIE CHCĄ być Państwo zapisani, należy wysłać podpisany wniosek pisemny o wypisaniu z systemu CT WiZ. Prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia. Po rezygnacji z zapisu

Państwa ewidencja zastrzyku nie będzie już dostępna w systemie CT WiZ.

Należy wysłać na adres: Department of Public Health, Immunization Program, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 lub na nr faksu: 860-707-925