



सहमति पत्र (CONSENT FORM)

मैं, -----निवासी, पता -----, (माता/पिता / अभिभावक), यह समझता / समझती हूँ कि U-WIN पोर्टल मेरे एवं / अथवा मेरे बच्चे की निजी जानकारी (जैसे नाम, जन्म तिथि, लिंग, मोबाइल नंबर आदि) केवल टीकाकरण से जुड़ी सेवाओं के लिए ले सकता है।

1. मुझे पता है कि मेरी अनुमति से ही मेरी एवं / अथवा मेरे बच्चे की जानकारी ली जाएगी और इसका उपयोग "डिजिटल पर्सनल डेटा प्रोटेक्शन अधिनियम, 2023" कानून के अनुसार ही होगा।
2. मैं समझता/ समझती हूँ कि मुझे अपने एवं / अथवा अपने बच्चे की जानकारी से जुड़े कुछ अधिकार हैं। मैं अपनी जानकारी देख सकता/सकती हूँ, उसमें सुधार करवा सकता/सकती हूँ या उसे हटाने के लिए कह सकता/सकती हूँ। अगर मेरी जानकारी कहीं साझा की जाती है, तो मैं उस पर आपत्ति भी कर सकता/सकती हूँ। जरूरत पड़ने पर मैं अपनी जानकारी को एक जगह से दूसरी जगह भेजने के लिए भी कह सकता/सकती हूँ। ये सभी अधिकार मुझे डिजिटल पर्सनल डेटा प्रोटेक्शन अधिनियम, 2023 और सरकार की गोपनीयता नीति के अनुसार मिलते हैं।
3. मैं अपनी सहमति कभी भी वापस ले सकता/सकती हूँ। ऐसा करने पर मेरी जानकारी का उपयोग बंद हो जाएगा, लेकिन जो जानकारी पहले इस्तेमाल हो चुकी है, उस पर इसका असर नहीं पड़ेगा।
4. मुझे यह भी जानकारी है कि मेरी एवं / अथवा मेरे बच्चे की जानकारी का उपयोग सरकार द्वारा दी जाने वाली सेवाओं और योजनाओं के लिए किया जा सकता है।
5. मुझे टीके के फायदे और जोखिम के बारे में जानकारी दी गई है और मैं अपने बच्चे को टीका लगवाने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

बच्चे का नाम:..... आयु ----- वर्ष-----

बच्चे से संबंध (माता/पिता/अभिभावक):-----

हस्ताक्षर:-----

नाम:-----

दिनांक-----

मोबाइल नंबर:-----

स्थान-----