*UWAGA – dane należy wypełnić w sposób czytelny, aby mogły być skutecznie i prawidłowo przepisane do formularza zgłoszeniowego na szczepienia przeciwko COVID-19.*

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………………………………………………**(imię i nazwisko)* | *…………………………………………………………..**(jednostka organizacyjna)* |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *(Nr PESEL)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | *-* |  |  |  | *-* |  |  |  |

*(numer telefonu)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE |  |
|  |  | *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Komendanta Miejskiego PSP* w Kaliszu, z siedzibą ul. Nowy Świat 40-42, 62-800 Kalisz celem wpisania ich do dedykowanego formularza szczepień COVID-19 opracowanego przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa1. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych danych osobowych przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa oraz udostępnianie tych danych: Centrum e‑Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). |
|  |  |
|  |  |

*Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są prawidłowe.*

*……………………………. dnia …………….. …………………………………………*

*czytelny podpis*

1KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Twoich danych osobowych jest Komendant Miejski PSP w Kaliszu, z siedzibą ul. Nowy Świat 40-42, 62-800 Kalisz.

W Komendzie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którymi można skontaktować się pod numerem telefonu 47 771 61 89 lub adresem ul. Nowy Świat 40-42, 62-800 Kalisz.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celem wpisania ich do dedykowanego formularza szczepień COVID-19 opracowanego przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa na podstawie zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a, natomiast dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat.

Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych, sprostowania podanych danych osobowych, usunięcia danych osobowych,ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel.: 22 531 03 00, fax.: 22 531 03 01, e‑mail: kancelaria@uodo.gov.pl) jeżeli uznam, że przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO.

Podanie danych jest dobrowolne i związane jest z wyrażeniem chęci do zapisania się poprzez formularz na szczepienia COVID-19. Nie jest Pani/Pan zobowiązany/zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zapewnienia szczepień na COVID-19.