

OŚWIADCZENIE WOLI

.....
(imię i nazwisko)

.....
(jednostka OSP)

.....
(Nr PESEL)

Niniejszym oświadczam, że zamierzam dobrowolnie poddać się szczepieniom przeciwko COVID-19.

Nadmieniam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w tym oświadczeniu każdorazowo administratorowi danych osobowych, w celu realizacji szczepień związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

Jestem świadomy(a), że moje dane osobowe w postaci nr. PESEL zostaną przekazane do szpitali podległych Ministrowi Zdrowia.

..... dnia

.....
czytelny podpis