

STRAŻAK OSP

OŚWIADCZENIE WOLI

.....
(imię i nazwisko)

.....
(jednostka organizacyjna)

.....
(Nr PESEL)

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

..... dnia

.....
czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych do celów przekazania informacji o chęci poddania się szczepieniu ochronnemu na COVID-19 do placówek podległych pod Ministerstwo Zdrowia.

Zgoda dotyczy następujących administratorów danych:

1. Komendanta Powiatowego PSP w, z siedzibą
2. Łódzkiego Komendanta Wojewódzkiego PSP, z siedzibą 90-521 Łódź, ul. Wólczańska 111/113.
3. Komendanta Głównego PSP z siedzibą 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38

W wyżej wymienionych jednostkach wyznaczeni zostali Inspektorzy Ochrony Danych, z którymi można skontaktować się pocztą elektroniczną na adres iod@straz.lodz.pl (pkt 1 i 2) oraz iod@kgpsp.gov.pl (pkt 3).

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 0, 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 poddania się szczepieniu ochronnemu na COVID-19. Powyższe dane będą przekazywane do Ministerstwa Zdrowia i jednostek mu podległych realizujących szczepienia ochronne.

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)