**FUNKCJOANRIUSZ PSP**

OŚWIADCZENIE WOLI

………………………………………………………………………

(stopień imię i nazwisko)

………………………………………………………………………..

(jednostka organizacyjna PSP)

………………………………………………………………………

(Nr PESEL)

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

Nadmieniam, że jestem świadomy, że w celu realizacji szczepień związanych przeciwdziałaniem COVID-19 moje dane osobowe w postaci nr PESEL zostaną przekazane do szpitali podległych Ministrowi Zdrowia.

……………………………. dnia ……………….. ……………………………

czytelny podpis