**DRUK DLA OSP**

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 każdoczesnemu 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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu 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 Suchej Beskidzkiej z siedzibą 34-200 Sucha Beskidzka, ul. Makowska 26
2. Małopolskiego Komendanta Wojewódzkiego PSP z siedziba 30-134 Kraków, ul. Zarzecze 106
3. Komendanta Głównego PSP z siedzibą 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38

W ww. jednostkach PSP wyznaczeni zostali Inspektorzy Ochrony Danych, z którymi można skontaktować się pocztą elektroniczna na adres daneosobowe@straz.krakow.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, 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 - 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.

………………………………………………………………

(podpis osoby wyrażającej zgodę)