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