

OŚWIADCZENIE do SZCZEPIENIA COVID-19

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko).....

(nr PESEL).....

(miejsce pracy).....

(nr telefonu kontaktowego).....

wyrażam chęć poddania się szczepieniu przeciwko Covid-19.

Oświadczam, że:

- 1) **Należę do Etapu 0** - jestem pracownikiem sektora ochrony zdrowia (pracownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym stacji sanitarno-epidemiologicznych, DPS, MOPS, aptek, punktów aptecznych, punktów zaopatrzenia w wyroby medyczne, hurtowni farmaceutycznych, w tym firm transportujących leki, uczelni medycznych (w tym studenci kierunków medycznych). personel niemedyczny pracujący w wymienionych podmiotach, czyli administracyjny i pomocniczy – bez względu na formę zatrudnienia (również wolontariusze i stażyści), pracownicy firm współpracujących z podmiotem medycznym, którzy stale przebywają w tym podmiocie, rodzice wcześniaków).

TAK / NIE * * niepotrzebne skreślić

- 2) **Należę do Etapu 1** (należę do służb mundurowych lub jestem nauczycielem)

TAK / NIE * * niepotrzebne skreślić

- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu, informacji o miejscu pracy i przynależności do grupy zawodowej, przez DAN-MED. Sp. z o. o. w Bydgoszczy oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

czytelny podpis