**DEKLARACJA UDZIAŁU W SZCZEPIENIACH PRZECIWKO COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| imię/imiona |  |
| nazwisko |  |
| numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – data urodzenia, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |
| wybrany punkt szczepień |  |
| numer telefonu |  |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych\***

*W związku z wolą szczepienia przeciw COVID – 19, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia (imion), nazwiska, numer telefonu, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – daty urodzenia, serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, przez Ministra Edukacji i Nauki w celu organizacji procesu szczepień.*

*Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie tych danych Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowie oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień.*

 ……………………………………………………………..

 podpis

\*zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest niezbędna do zarejestrowania na szczepienie