

.....  
(stopień imię i nazwisko)

.....  
(jednostka organizacyjna)

.....  
(Nr PESEL)

.....  
(nr telefonu kontaktowego)

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

.....dnia.....

.....  
czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych danych osobowych przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa 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).

Zgoda dotyczy następujących administratorów danych:

1. Komendanta Powiatowego PSP w Wąbrzeźnie, z siedzibą ul. św. Floriana 6, 87-200 Wąbrzeźno
2. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, Al. Ujazdowskie 5, 00-583 Warszawa

W wyżej wymienionych podmiotach wyznaczeni zostali Inspektorzy Ochrony Danych, z którymi można skontaktować się pocztą elektroniczną na adres [iod\\_kwpsp@kujawy.psp.gov.pl](mailto:iod_kwpsp@kujawy.psp.gov.pl) (pkt 1) oraz [iod@rcb.gov.pl](mailto:iod@rcb.gov.pl) (pkt 2).

Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do 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 Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uzna Pani(-), że przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie danych jest dobrowolne i związane jest z wyrażeniem chęci do poddania się szczepieniu ochronnemu przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....  
data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę