

.....
miejsowość, data

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO ZASZCZEPIENIA PRZECIW COVID – 19**

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Data urodzenia, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
(w przypadku braku numeru PESEL).....

Numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY na przetwarzanie danych osobowych złożonych w związku z wykonaniem szczepień ochronnych przeciw COVID-19***

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.

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Klauzula informacyjna znajduje się na stronie internetowej PRz w zakładce „KORONAWIRUS”.

* Dotyczy nauczycieli akademickich i tzw. innych osób prowadzących zajęcia, urodzonych od 1 stycznia 1956 r do 31 grudnia 2003 r., aktualnie zatrudnionych w Politechnice Rzeszowskiej.

** **Nauczyciel, który pracuje w więcej niż jednej uczelni lub współpracuje z więcej niż jedną uczelnią, może zgłosić się do zaszczepienia tylko w jednej placówce.** Rekomenduje się tę, która jest podstawowym miejscem pracy.

*** Klauzula informacyjna znajduje się na stronie internetowej PRz w zakładce „KORONAWIRUS”.