Mikołów, ........................................

(miejscowość, data)

……………………………………………………………

(Imię i nazwisko)

……………………………………………………………

numer PESEL

…………………………………………………………………………

(pracownik medyczny/niemedyczny)

**O Ś W I A D C Z E N I E O W Y R A Ż E N I U Z G O D Y**

**na przetwarzanie danych osobowych**

złożone w związku z wykonaniem

**szczepień ochronnych przeciw COVID-19**

finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie** moich danych osobowych w postaci: **imienia i nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego/niemedycznego, informacji o miejscu pracy,** przez Centrum Zdrowia w Mikołowie SP z o.o.oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusa SARCoV-2 (COVID-19)

.............................................................

(podpis osoby składającej oświadczenie)