…………………………………………………………………………………… Warszawa, dnia…………………………………………………

Imię i Nazwisko

…………………………………………………………………………………..

Numer PESEL

…………………………………………………………………………………… Warszawski Uniwersytet Medyczny

Stanowisko ul. Żwirki i Wigury 61

 02-091 Warszawa

…………………………………………………………………………………....

Komórka organizacyjna

…………………………………………………………………………………....

Nr telefonu komórkowego

…………………………………………………………………………………....

Adres mailowy:

Oświadczenie

Ja niżej podpisany pracownik Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wyrażam gotowość/nie wyrażam gotowości\* do poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.

 …………………..………….…………………………………………

Podpis pracownika

\*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych\*

Jako osoba wyrażająca chęć szczepienia przeciwko COVID-19 wyrażam dobrowolną zgodę
na udostępnienie moich wyżej wymienionych danych osobowych podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień oraz przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji tego procesu.

…………………..………….…………………………………………

Podpis pracownika

\*dotyczy wyłącznie osób, które wyraziły chęć poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.