

.....
Imię i Nazwisko

Warszawa, dnia.....

.....
Numer PESEL

.....
Stanowisko

Warszawski Uniwersytet Medyczny
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.