



Karta zgłoszenia do wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19

Ja niżej podpisany wyrażam chęć przystąpienia do szczepienia przeciwko COVID-19.

Imię	Nazwisko	Pesel	Tel. Komórkowy

.....
Data i czytelny podpis rodzica*/opiekuna prawnego*
lub osoby pełnoletniej*

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu przez:

(nazwa szkoły)

.....
oraz udostępnienie tych danych podmiotowi:

Ośrodek Zdrowia w Łukowicy Sp. z o.o., 34-606 Łukowica 8

w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
Data i czytelny podpis rodzica*/opiekuna prawnego*
lub osoby pełnoletniej*

*niepotrzebne skreślić

UWAGA:

- dzieci i młodzież do lat 16 mogą być szczepione wyłącznie w obecności rodzica /opiekuna prawnego
- młodzież, po ukończeniu 16 roku życia może samodzielnie zgłosić się na szczepienie pod warunkiem posiadania podpisanej przez rodzica / opiekuna prawnego zgody na zaszczepienie
- osoby pełnoletnie wypełniają zgłoszenie i zgłaszają się na szczepienie samodzielnie