

Lębork, dnia

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z ORGANIZACJĄ
I REALIZACJĄ SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku oraz udostępnienie ich – w niżej wymienionym zakresie – Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciw chorobie wywoływanej zakażeniem koronawirusa SARS-CoV-2, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust.2 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 – RODO w związku z Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii oraz Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19.

Przetwarzanie swoim zakresem obejmuje dane identyfikacyjne w zakresie imienia, nazwiska i nr PESEL oraz – w przypadku pracowników ochrony zdrowia – informacji dotyczących miejsca pracy i wykonywania zawodu medycznego, a także dane dotyczące zdrowie w zakresie informacji o udzielonym świadczeniu (szczepienie).

Imię i nazwisko:

.....

Numer PESEL:

.....

W przypadku braku PESEL – data urodzenia, seria i nr dokumentu tożsamości, nazwa kraju wydającego:

.....

Numer telefonu:

.....

Czytelny podpis:

.....