

## OŚWIADCZENIE WOLI

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(jednostka organizacyjna)

.....  
(Nr PESEL)

Niniejszym oświadczam, że zamierzam dobrowolnie poddać się szczepieniom przeciwko COVID-19.

..... dnia .....

.....  
czytelny podpis

### ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych do celów przekazania informacji o chęci poddania się szczepieniu ochronnemu na COVID-19 do placówek podległych pod Ministerstwo Zdrowia.

Zgoda dotyczy następujących administratorów danych:

1. Komendanta Miejskiego PSP w Kaliszu, z siedzibą 62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 40-42
2. Wielkopolskiego Komendanta Wojewódzkiego PSP, z siedzibą 61-767 Poznań, ul. Maształarska 3
3. Komendanta Głównego PSP z siedzibą 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38

W wyżej wymienionych jednostkach wyznaczeni zostali Inspektorzy Ochrony Danych, z którymi można skontaktować się pocztą elektroniczną na adres [iod@psp.wlkp.pl](mailto:iod@psp.wlkp.pl) lub numerem telefonu 47 771 61 89 (pkt 1 i 2) oraz [iod@kgpsp.gov.pl](mailto:iod@kgpsp.gov.pl) (pkt 3).

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji szczepień związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 na podstawie zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a, natomiast dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat.

Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych, sprostowania podanych danych osobowych, usunięcia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel.: 22 531 03 0, fax.: 22 531 03 01, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl) jeżeli uznaję, że przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO.

Podanie danych jest dobrowolne i związane jest z wyrażeniem chęci do poddania się szczepieniu ochronnemu na COVID-19. Powyższe dane będą przekazywane do Ministerstwa Zdrowia i jednostek mu podległych realizujących szczepienia ochronne. Nie jest Pani/Pan zobowiązany/zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zapewnienia szczepień na COVID-19.

.....  
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)