

### **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, przez Pracodawcę (dowódcę/szefa/dyrektora/komendanta) oraz udostępnianie tych danych: samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej biorącym udział w Narodowym Programie Szczepień Ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a (otrzymałem pisemną informację/pouczenie) o przeznaczeniu udostępnionych danych, administratorze i odbiorcach tych danych, okresie ich przechowywania oraz pouczony o przysługujących mi uprawnieniach do zmian danych osobowych i prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

.....

/data, podpis/