**Zgłoszenie na szczepienie przeciwko COVID-19**

**Instruktor praktycznej nauki zawodu**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko:  |
| PESEL: |
| Data urodzenia: |
| Seria i numer dokumentu tożsamości: |
| Numer telefonu: |

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
w zakresie: *imienia, nazwiska, numeru PESEL, daty urodzenia, serii i numeru dokumentu tożsamości oraz numeru telefonu* przez Zespół Szkół Zawodowych i Ogólnokształcących w Żukowie, ul Gdyńska 5, 83-330 Żukowo w celu zgłoszenia na **szczepienie przeciwko COVID-19.**

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres: sekretariat@zsziozukowo.pl .

Żukowo, dnia ………………………………………………………………………………………….………………………………

*Miejsce, data i podpis osoby wyrażającej zgodę*