

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