

**Zgłoszenie chęci szczepienia przeciw COVID-19 nauczyciela akademickiego lub innej osoby prowadzącej zajęcia, urodzone po 31 grudnia 1951 r.**

- Zgłaszam chęć zaszczepienia się przeciw COVID-19\*  
 Informuję, iż nie zgłosiłem/-am chęci szczepienia w innej Uczelni\*

Poniżej, przekazuję swoje dane osobowe, niezbędne do rejestracji\*:

PESEL:.....

Nazwisko:.....

Imię:.....

Numer telefonu:.....

Wybór punktu szczepień\*:

- Miejski Szpital Zespolony (12 - Śląski Oddział NFZ), Częstochowa, ul. Bony Sforzy 1/3.  
 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (12 - Śląski Oddział NFZ) Częstochowa, ul. Bialska 104/118.  
 Miejski Szpital Zespolony (12 - Śląski Oddział NFZ) Częstochowa, ul. Mirowska 15.  
 inne.....

.....  
*(proszę wskazać dokładne dane z rejestru punktów szczepień z pliku excel)*

Wysłanie formularza wymaga poniższych zgód i oświadczeń:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zgłoszenia zainteresowania szczepieniem przeciw COVID-19 \*
- Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celu przekazania mi informacji o szczepieniu przeciw COVID-19 na numer telefonu podany w zgłoszeniu \*

.....

Data i podpis

**Uwaga:**

Z informacją nt. przetwarzania danych osobowych można zapoznać się na stronie internetowej PCz w zakładce RODO.

\* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe