…………………………………………………………………………………… Warszawa, dnia…………………………………………………

Imię i Nazwisko

…………………………………………………………………………………..

Numer PESEL

…………………………………………………………………………………… Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierunek / rok ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

…………………………………………………………………………………....

Wydział

Oświadczenie

Ja niżej podpisany student / doktorant\* Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wyrażam gotowość/nie wyrażam gotowości\* do poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.

…………………..………….…………………………………………

Podpis studenta/doktoranta

\*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych\*

Jako osoba wyrażająca chęć szczepienia przeciwko COVID-19 wyrażam dobrowolną zgodę   
na udostępnienie moich wyżej wymienionych danych osobowych podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień oraz przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji tego procesu.

…………………..………….…………………………………………

Podpis studenta/doktoranta

\*dotyczy wyłącznie osób, które wyraziły chęć poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.