

## **OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ UDOSTĘPNIENIU DANYCH DO CELÓW PRZEPROWADZENIA SZCZEPIENIA PRZECIWIW COVID-19**

**Status:** pracownik medyczny, pracownik niemedyczny

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Medyczną w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel. +85 749 94 30, NIP: 542-28-06-515, [www.wsmmed.pl](http://www.wsmmed.pl) w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie mojego numeru PESEL, informacji o wykonywanym zawodzie, w tym zawodzie medycznym i miejscu pracy Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia i szpitalowi węzłowemu do realizacji wyżej wymienionego celu.

**Moje dane osobowe:  
(wszystkie pola są obowiązkowe):**

Imię .....

Nazwisko .....

Numer PESEL .....

Wykonywany zawód medyczny (jeśli dotyczy) .....

Wykonywany zawód niemedyczny (jeśli dotyczy) .....

Miejsce pracy .....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z załączoną klauzulą informacyjną

Data, czytelny podpis .....

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Administrator danych - Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel. +85 749 94 30, NIP: 542-28-06-515, [www.wsmmed.pl](http://www.wsmmed.pl) informuje, że przetwarza w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO tj. na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą. Zgodę można cofnąć w każdym czasie, zaś jej wycofanie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej wycofaniem.

Zakres danych: imię, nazwisko, nr PESEL, wykonywany zawód medyczny i niemedyczny, miejsce pracy.

Kategorie osób: pracownicy medyczni i niemedyczni.

Dane zebrane w formularzach nie będą przekazywane innym podmiotom niż uprawnione z mocy prawa do dostępu do tych danych oraz podmiotom, z którym administrator danych zawarł stosowne umowy.

Dane osobowe w postaci numeru PESEL, informacji o wykonywanym zawodzie medycznym lub niemedycznym i miejscu pracy będą udostępniane Szpitalowi węzłowemu, które będą przekazywać te dane innym uprawnionym jednostkom, jak Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Formularze wyrażonej zgody będą przechowywane do czasu uzyskania potwierdzenia od jednostki wykonującej szczepienie, że zostało ono wykonane. Po tym czasie formularze zostaną trwale usunięte.

W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Ma Pani/Pan prawo:

- do dostępu do swoich danych;
- do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- do ograniczenia przetwarzania danych;
- do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, w sytuacjach przewidzianych przepisami prawa;
- do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.