**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 im. K.K. Baczyńskiego w Dąbrowie Tarnowskiej 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: zsp2dt@gmail.com

Dąbrowa Tarnowska , dnia ……………....... *…..………………………………………………..*

*podpis osoby wyrażającej zgodę*