

....., dn

.....
/imię i nazwisko/

.....
/PESEL/

.....
/nazwa i adres miejsca zatrudnienia/komórka organizacyjna/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/nr telefonu kontaktowego/

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody
na przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych
oraz na poddanie się badaniu w kierunku wirusa SARS-CoV-2**

Wyrażam/Nie wyrażam* zgodę/y na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o miejscu pracy, adresu zamieszkania, numeru telefonu kontaktowego, przez państwowego inspektora sanitarnego sprawującego nadzór epidemiologiczny na danym terenie oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu oraz innym podmiotom uczestniczącym w procesie wykonywania badania w kierunku wirusa SARS-CoV-2, w celu organizacji i realizacji badań w kierunku wykrycia zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie, ja niżej podpisany/a zgadzam/nie zgadzam się* na poddanie się badaniu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
Czytelny podpis

*Niewłaściwe skreślić