

imię i nazwisko

dokładny adres:

.....

nr telefonu:

Zgłaszam potrzebę zorganizowania transportu do punktu szczepień przeciw SARS-CoV-2 w:

.....

(nazwa i adres punktu szczepień)

na dzień: i godzinę:

Jestem osobą posiadającą (zaznaczyć odpowiednie pole):

aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu **znacznym o kodzie R lub N** lub odpowiednio **I grupę** z w/w schorzeniami.

mającą obiektywne i niemożliwe do przewyciężenia we własnym zakresie trudności w samodzielnym dotarciu do najbliższego miejsca zamieszkania punktu szczepień.

.....

podpis

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, miejsca, daty i godziny szczepienia przez Urząd Gminy w Stężycy oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stężycy oraz udostępnianie tych danych: Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Pomorskiemu Urzędowi Wojewódzkemu i innym jednostkom, w tym transportującym, w celu organizacji i realizacji transportu na szczepienia chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię:.....

Nazwisko:.....

podpis.....