……………………………………………………..………..

Imię i nazwisko/PESEL

………………………………………………………………..

adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w celu szczepienia przeciw COVID-19, w ramach realizacji Narodowego Programu Szczepień,w dniu: ..................................

...............................................................

Data i czytelny podpis

(podpis rodzica/ przedstawiciela ustawowego)