

Formularz zgłoszeniowy do zaszczepienia

1. Imię :
2. Nazwisko:
3. Czy chce być szczepiony * :
4. PESEL** :
5. Nr telefonu** :

Członek rodziny, który ma być zaszczepiony:

1. Imię:
2. Nazwisko:
3. PESEL:
4. Nr telefonu:

Członek rodziny, który ma być zaszczepiony:

1. Imię:
2. Nazwisko:
3. PESEL:
4. Nr telefonu:

Członek rodziny, który ma być zaszczepiony:

1. Imię:
2. Nazwisko:
3. PESEL:
4. Nr telefonu:

Członek rodziny, który ma być zaszczepiony:

1. Imię:
2. Nazwisko:
3. PESEL:
4. Nr telefonu:

Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, że podanie danych osobowych wymaganych w formularzu jest dobrowolne, lecz niezbędne do dokonania skutecznego zgłoszenia chęci zaszczepienia się.

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej

Oświadczam, że w przypadku konieczności wynikającej z procesu organizacji szczepienia, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowie oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień.

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej

/* - należy wpisać TAK/NIE

** - wypełnić tylko w przypadku wpisania TAK w wierszu 3.

Oświadczam, że osoby wykazane jako członkowie rodziny, które zgłaszają chęć zaszczepienia się, wyraziły zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych w celu dokonania niniejszego zgłoszenia oraz organizacji przeprowadzenia szczepienia.

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej

Informacja na temat przetwarzania danych osobowych dotyczących osób które wyraziły wolę szczepienia ochronnego przeciw COVID-19

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem w rozumieniu art. 4 pkt 7) RODO w odniesieniu do danych osobowych pozyskanych od osób które wyraziły wolę szczepienia przeciwko COVID-19 jest Politechnika Śląska.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach dotyczących danych osobowych istnieje możliwość kontaktu za pośrednictwem adresu mailowego: iod@polsl.pl.
3. Państwa dane osobowe oraz dane osobowe Państwa członków rodzin będą przetwarzane w celu realizacji procesu organizacji szczepień osób, które wyraziły wolę szczepienia przeciwko COVID-19 oraz poinformowania o możliwości wykonania takiego szczepienia i umówienia jego terminu.
4. W ramach organizacji procesu szczepień zbieramy następujące dane: imię, nazwisko, nr PESEL, nr telefonu, a w przypadku braku numeru PESEL – datę urodzenia, serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych w celu organizacji procesu szczepienia jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. wyrażona przez Państwa zgoda na przetwarzanie podanych danych w związku z wyrażoną wolą szczepienia, art. 6 ust.1 lit. f) czyli uzasadniony interes, tj. w celach komunikacyjnych.
6. Administrator informuje, że dane osobowe będą przekazywane do następujących odbiorców:
 - a) Ministra Zdrowia,
 - b) Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - c) Centrum e-Zdrowia,
 - d) Punktu szczepień

w celu organizacji procesu szczepień. Szczegółowa informacja na ten temat jest dostępna na stronie internetowej Ministra Zdrowia.

7. *Dane osobowe w procesie organizacji szczepienia będą przetwarzane do momentu realizacji celu, to znaczy do momentu zakończenia pracy zakładowego punktu szczepień. Po tym czasie dane zostaną usunięte.*
8. *Przysługuje Państwu prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przeniesienia danych.*
9. *W przypadku przetwarzania Państwa danych osobowych na podstawie zgód Administrator informuje o przysługującym prawie cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez podania przyczyn i wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.*
10. *Administrator informuje również o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
11. *Podanie danych na potrzeby realizacji celów wskazanych powyżej jest dobrowolne, jednak niezbędne dla ich realizacji. Niepodanie wymaganych danych skutkuje brakiem zapisu osoby zainteresowanej na szczepienie oraz niepoinformowaniem o możliwości wykonania szczepienia.*
12. *Informujemy, że nie będą Państwo podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym zautomatyzowanym profilowaniu.*
13. *Informujemy, że w przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody, wyrażone zgody mogą Państwo wycofać kontaktując się z Administratorem za pośrednictwem adresu e-mail: iod@polsl.pl lub przesyłając żądanie na adres siedziby Politechniki Śląska ul. Akademicka 2A, 44-100 Gliwice z dopiskiem IOD*

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej

Oświadczam, że przekazałem powyższą Informację na temat przetwarzania danych osobowych dotyczących osób, które wyraziły wolę szczepienia ochronnego przeciw COVID-19 wszystkim osobom zgłoszonym przeze mnie w formularzu.

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej