Rawa Mazowiecka dn. 17.12.2020 r.

**ZGODA OSOBY, WYRAŻAJĄCEJ GOTOWOŚĆ DO ZASZCZEPIENIA   
PRZECIW COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer PESEL |  |
| Status  (*proszę* *zaznaczyć odpowiednio*) | |  |  | | --- | --- | |  | Pracownik medyczny | |  | Pracownik niemedyczny | |

wyrażam zgodę na szczepienie przeciwko COVID-19

wyrażam zgodę na udostępnienie przez **SPZOZ w Rawie Mazowieckiej** moich danych osobowych podmiotowi pełniącemu rolę punktu szczepień personelu podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz aptek przeciw COVID-19 oraz innym zaangażowanym w ten proces podmiotom – zgodnie z treścią udostępnionego mi obowiązku informacyjnego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Nr. telefonu ………………………………………………

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DLA OSÓB WYRAŻAJĄCYCH GOTOWOŚĆ DO ZASZCZEPIENIA   
PRZECIW COVID-19**

**KTO JEST ADMINISTRATOREM DANYCH?**

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (RODO), administratorem Państwa danych osobowych jest **SPZOZ w Rawie Mazowieckiej** dalej **Administrator**. Kontakt z Administratorem za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@szpitalrawa.pl

Administrator danych jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo przekazanych danych osobowych oraz przetwarzanie ich zgodnie z przepisami prawa.

**W JAKIM CELU I NA JAKIEJ PODSTAWIE PRAWNEJ WYKORZYSTUJEMY DANE?**

Państwa dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL, informacja o wykonywaniu zawodu medycznego, informacja o miejscu pracy) będziemy wykorzystywać za dobrowolnie wyrażoną przez Państwa zgodą w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) dla personelu podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz aptek (podstawa prawna – art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – „zgoda”.

Informujemy, że dane nie będą wykorzystywane dla podejmowania decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych osobowych, w tym profilowania w rozumieniu art. 22 RODO.

Podanie danych osobowych we wskazanym wyżej zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne dla poddania się zaszczepieniu.

**JAK DŁUGO BĘDZIEMY WYKORZYSTYWAĆ DANE?**

Dane będziemy wykorzystywać przez okres niezbędny do przekazania ich podmiotowi pełniącemu rolę punktu szczepień personelu podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz aptek przeciw COVID-19 oraz innym zaangażowanym w ten proces podmiotom, wskazanym poniżej.

**JAKIE MAJĄ PAŃSTWO PRAWA?**

Mogą Państwo złożyć do nas wniosek o: dostęp do danych osobowych (informację o przetwarzanych danych osobowych oraz kopię danych), sprostowanie danych (gdy są one nieprawidłowe), przeniesienie danych (w przypadkach określonych w RODO), usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych osobowych – na zasadach określonych w RODO.

Mają Państwo także prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

**KOMU PRZEKAZUJEMY PAŃSTWA DANE?**

Z zachowaniem wszelkich gwarancji bezpieczeństwa danych, Państwa dane będą przekazywane do:

* podmiotu pełniącemu rolę punktu szczepień personelu podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* Centrum e-Zdrowia,
* Ministerstwa Zdrowia,
* Narodowego Funduszu Zdrowia

- w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) dla personelu podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz aptek.

**JAK MOŻNA SIĘ Z NAMI SKONTAKTOWAĆ W SPRAWIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH?**

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych (IOD): [iodo@szpitalrawa.pl](mailto:iodo@szpitalrawa.pl)