

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

(dane osobowe wypełnia Pacjent)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godzinie lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się że:

U Pana/i..... urodzonego/ej w dniu....., zamieszkałego/ej

w

identyfikującego/cej się **numerem PESEL:** *(lub nr Dokumentu tożsamości w przypadku nieposiadania nr PESEL)*

.....

Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw COVID-19

Stwierdzono przeciwwskazania do szczepienia ochronnego przeciw COVID-19

.....

.....

.....

.....

(adnotacje lekarskie)

....., dnia

(miejscowość)

(podpis i pieczęć lekarza)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy (Zakład Pracy, Komórka Organizacyjna):

.....

przez Szpital Węzłowy Ostrów Wlkp. ul. Limanowskiego 20/22 oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszu Zdrowia w celu organizacji i realizacji szczepień przeciwko COVID-19.

Imię:.....

Nazwisko:.....

Pesel:.....

.....

(podpis Pacjenta)