

Formularz zgłoszeniowy do szczepienia przeciw Covid-19

Imię *

Nazwisko *

Data urodzenia *

Numer telefonu *

☐ Potwierdzam, że zostałem poinformowany/a przez Państwową Uczelnię Stanisława Staszica w Pile o możliwości rejestracji na szczepienie ochronne przeciw Covid -19 dla grupy nauczycieli akademickich oraz osób współpracujących do 65 roku życia.*

☐ Jednocześnie dobrowolnie wyrażam zgodę na dokonanie w moim imieniu zapisu przez Państwową Uczelnię Stanisława Staszica w Pile na szczepienie ochronne przeciwko COVID – 19.

☐ Jednocześnie dobrowolnie nie wyrażam zgody na dokonanie w moim imieniu zapisu przez Państwową Uczelnię Stanisława Staszica w Pile na szczepienie ochronne przeciwko COVID – 19.

Wysłanie formularza wymaga poniższych zgód i oświadczeń:

☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celu przekazania mi informacji o szczepieniu przeciw COVID-19 na numer telefonu podany w zgłoszeniu.

.....
Podpis pracownika