

WNIOSKODAWCA: (imię i nazwisko lub nazwa firmy/przedsiębiorcy)

ADRES ZAMIESZKANIA/SEDZIBY: (ulica, miejscowość, kod pocztowy)

ADRES DO KORESPONDENCJI: (jeśli jest inny niż powyżej)

TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny i/lub komórkowy)

ADRES E-MAIL (nie jest wymagany)

OŚWIADCZENIE

O SPEŁNIENIU KRYTERIUM UPRAWNIAJĄCEGO DO TRANSPORTU DO PUNKTU SZCZEPIEŃ PRZECIWKO WIRUSOWI SARS-CoV-2

Wręczyca Wielka, dn.....

Data szczepienia

Godz. szczepienia

Miejsce szczepienia

Oświadczam, że spełniam następujące kryterium:

☐ Jestem osobą niepełnosprawną, tj. posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N lub odpowiednio I grupę z w/w schorzeniami. *
W załączeniu przedkładam kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.

Jednocześnie oświadczam, że będę /nie będę/* korzystać z pomocy opiekuna.

☐ Jestem osobą mającą obiektywne i niemożliwe do przewyciężenia we własnym zakresie trudności w samodzielnym dotarciu do najbliższego miejsca zamieszkania punktu szczepień.

Ochrona danych osobowych osób zgłaszających się na szczepienia realizowana jest na podstawie przepisów ogólnych.

.....
/podpis wnioskodawcy/

*Niewłaściwe skreślić