|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| WNIOSKODAWCA: (imię i nazwisko lub nazwa firmy/przedsiębiorcy) |
|  |
| ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY: (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** |  |
|  |

Wolsztyn, ………..……….

**Data szczepienia: ………….2021**

**Godz. szczepienia: …………..**

**Oświadczam, że spełniam następujące kryterium:**

[ ]  osoby niepełnosprawne, tj. posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N lub odpowiednio I grupę z w/w schorzeniami \*

[ ]  osoby mające obiektywne i niemożliwe do przezwyciężenia we własnym zakresie trudności w samodzielnym dotarciu do najbliższego miejsca zamieszkania punktu szczepień, w przypadku miast poniżej 100 tys. osób, **gmin miejsko-wiejskich** oraz wiejskich \*

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

**………………………………….**

 /podpis wnioskodawcy/

***Potwierdzam dowóz do punktu szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2.***

 ………………………..………………..

 **/data i podpis/**

\*Właściwe zaznaczy