**Oświadczenie**

**dotyczące dobrowolnego przekazania Pracodawcy informacji**

**o kompletnym szczepieniu przeciw COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Pracownika: | ……………………………………………. |
| Nazwa szczepionki: | ……………………………………………. |
| Data przyjęcia pełnej dawki szczepienia: | ……………………………………………. |

Niniejszym, oświadczam, że dobrowolnie przekazuję pracodawcy potwierdzenie zaszczepienia przeciw COVID-19.

…………………………………….

Data i podpis Pracownika

…………………………………….

Data przyjęcia oświadczenia i podpis Przełożonego