Министерство здравоохранения

Республики Карелия

**Информация** **о вакцинированных/переболевших работниках для проверки ее достоверности в целях оформления паспорта, характеризующего коллективный иммунитет работников к новой коронавирусной инфекции (COVID-19)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование организации, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ИНН)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | | Инициалы фамилии, имени, отчества работника | СНИЛС работ-ника | Вакцини-рован 2-й прививкой или одноком-понентной вакциной  (да/нет) | | Переболел коронави-русной инфекцией (COVID-19), если со дня выздоров-ления прошло не более 6 (шести) календар-ных месяцев  (да/нет) | Вакцинирован 2-й прививкой или однокомпонент-ной вакциной и переболел коронавирусной инфекцией (COVID-19), если со дня выздоровления прошло не более 6 (шести) календарных месяцев  (да/нет) |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 |
|  | |  |  |  | |  |  |
| Итого | | | |  | |  |  |
| Информация об одном и том же работнике указывается только в одном из столбцов 4, 5, 6 таблицы 2.  **Подтверждаю**, что получено согласие работников на обработку персональных данных работников в целях получения паспорта, характеризующего коллективный иммунитет работников к новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в объеме: инициалы субъекта персональных данных, СНИЛС, наличие вакцинации от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), наличие факта болезни новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), если со дня выздоровления прошло не более 6 (шести) календарных месяцев.  **Подтверждаю**, что получено отдельное согласие работников на обработку персональных данных Министерством здравоохранения Республики Карелия, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, в целях проверки сведений для получения паспорта, характеризующего коллективный иммунитет работников к новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в объеме: инициалы субъекта персональных данных, СНИЛС, наличие вакцинации от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), наличие факта болезни новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), если со дня выздоровления прошло не более 6 (шести) календарных месяцев.  Полноту и достоверность сведений, указанных в настоящей информации, гарантирую. | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись руководителя) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) | | | |
| М.П. (при наличии) | | | | | | | |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года» | | | | | | | |