**Anmeldebogen COVID-19-Impfung**

Bitte ausschließlich per E-Mail an [arbeitsmedizin@uni-potsdam.de](mailto:arbeitsmedizin@uni-potsdam.de) senden. Die eigenhändige Unterschrift wird vor Ort beim Impftermin geleistet.

**Ich bin an einem Impftermin beim Betriebsarzt der Universität Potsdam interessiert.**

Name, Vorname:

|  |
| --- |
|  |

Bereich/ Fakultät:

|  |
| --- |
|  |

E-Mail-Adresse: Tel.-Durchwahl Uni:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ich bin an der Universität Potsdam beschäftigt als

|  |
| --- |
| Professor/in |
| Akademische/r Mitarbeiter/in |
| Mitarbeiter/in in Technik oder Verwaltung |
| Wissenschaftliche Hilfskraft (WHK) |

Mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Impfvorganges, einschließlich der Übermittlung der gesetzlich erforderlichen Daten zur Dokumentation an das Robert-Koch-Institut bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_2021 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift