

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA
(osoba dorosła – uczestnik zajęć/wydarzeń)

Miejscowość i data	
Imię i nazwisko	
Adres	
Aktualny numer telefonu do szybkiej komunikacji	
Rodzaj zajęć/ wydarzenia	

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą poddaną kwarantannie?

TAK

NIE

Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w krajach o dużym nasileniu zachorowań na Covid-19?

TAK

NIE

Czy Pan/i lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

TAK

NIE

Czy w ostatnich dniach miał/a Pan/i następujące objawy:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • gorączka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • suchy kaszel | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • duszności | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • brak apetytu i jadłowstręt | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • biegunka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • wymioty | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • bóle brzucha | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • utrata lub pogorszenie węchu, smaku | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • zapalenie spojówek | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • ból gardła | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • zespół grypowy | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Czy obecnie lub ostatnich 14 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK

NIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

.....
czytelny podpis

OŚWIADCZENIE DOROSŁEGO UCZESTNIKA DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ

1. Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że jestem zdrowy i nie występują u mnie żadne niepokojące objawy chorobowe. Ponadto nie miałem świadomego kontaktu:

- a) z osobą chorą na koronawirusa
- b) z osobą będącą w izolacji
- c) z osobą przebywającą na kwarantannie.

2. Oświadczenie o pobycie w Gminnym Ośrodku Kultury w Piątnicy/Świetlicy Wiejskiej w Drozdowie/Murawach.*

Oświadczam, że korzystając z zajęć/wydarzeń podczas pandemii COVID-19: jestem świadomy/świadoma istnienia licznych czynników ryzyka grożących zarażeniem się COVID 19.

3. Oświadczam, że zapoznałem/lam się z Regulaminem funkcjonowania Gminnego Ośrodka Kultury w Piątnicy oraz Świetlic Wiejskich w Drozdowie i Murawach przy zastosowaniu procedur bezpieczeństwa epidemicznego, po zniesieniu części ograniczeń działalności kulturalnej w okresie epidemii korona-wirusa COVID-19 i zobowiązuję się bezwzględnie przestrzegać ich zapisów.

4. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury mojego ciała.

5. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej.

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Podczas przebywania w Gminnym Ośrodku Kultury w Piątnicy przy ul. Szkolnej 25 oraz Świetlicach Wiejskich w Drozdowie/Murawach*, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem oraz w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Rozumiem również, iż podczas wszelkich czynności związanych z działalnością Gminnego Ośrodka Kultury w Piątnicy/Świetlicy Wiejskiej w Drozdowie/Murawach* może dojść do powyższego zakażenia, pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

OŚWIADCZAM, że jestem świadoma/y opisanego powyżej ryzyka podczas zajęć/wydarzeń organizowanych przez GOK Piątnica/Świetlicę Wiejską w Drozdowie/Murawach.*

ŚWIADOMIE decyduję się na udział w zajęciach/wydarzeniach organizowanych przez GOK Piątnica/Świetlicę Wiejską w Drozdowie/Murawach* i odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń-skarg oraz zażaleń związanych z w/w zakażeniami wobec Gminnego Ośrodka Kultury w Piątnicy oraz instruktorów.

Podpis składam dobrowolnie.

....., dnia

miejsowość

.....

podpis uczestnika

* niepotrzebne skreślić

Informacja Administratora – zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej RODO

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jest Gminny Ośrodek Kultury w Piątnicy, ul. Szkolna 25, 18-421 Piątnica Poduchowna, zwany dalej GOK Piątnica, tel. 86 216 44 34, e – mail: gok@gokpiatnica.pl, WWW: www.gokpiatnica.pl;
2. Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: ochronadanych@gokpiatnica.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia badań temperatury ciała, które odbędą się na terenie placówki (podstawa prawna: art. 6 ust 1 pkt c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 pkt i ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych - przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową - przepisy wydane na podstawie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych i stosowne wytyczne Generalnego Inspektora Sanitarnego).
4. kategorie odnośnych danych osobowych członków rodziny: imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, miejsce zatrudnienia, informacje o stanie zdrowia (szczególna kategoria danych osobowych), informacja o sytuacji rodzinnej;
5. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty publiczne, organy państwowe i inni uprawnieni w zakresie ich kompetencji;
6. dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym oraz umownym, a ich niepodanie może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia, wyrażona przez Panią /Pana zgoda na pomiar temperatury przez Administratora jest dobrowolna, lecz niezbędna do realizacji badania.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią ww. Informacją Administratora w zakresie RODO

.....
miejsowość , data

.....
czytelny podpis uczestnika