Załącznik Nr 2 do Procedury
 dla Środowiskowego Domu Samopomocy
 w Szczecinie z dnia 20 maja 2020 r.

**WNIOSEK DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

**Wnioskuję / wnioskujemy o przyjęcie uczestnika do Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczecinie w czasie zmienionych warunków działania placówki w związku ze stanem epidemii**

|  |  |
| --- | --- |
| **Środowiskowy Dom Samopomocy** **w Szczecinie** | **Adres komórki organizacyjnej** |
|  |  |
| **Imię i nazwisko uczestnika** | **Numer PESEL uczestnika** |
|  |  |
| **Data Podpis matki/opiekuna** | **Data Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1.Oświadczam, że znane mi są czynniki ryzyka w związku z epidemią koronawirusa SARS-CoV – 2 zarówno u uczestnika, jego rodziców lub opiekunów, jak i innych domowników oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z udziałem uczestnika w zajęciach, jak i dowożeniem uczestnika do Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczecinie (dodatkowe informacje(https://gis.gov.pl) |

|  |
| --- |
| 2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Wytycznymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej Link:<https://www.gov.pl/web/rodzina/po-24-maja-mozliwe-otwarcie-placowek-dziennego-pobytu-slowo-klucz--bezpieczenstwo>link:Głównego Inspektora Sanitarnego <https://gis.gov.pl>i akceptuję ich treść oraz zobowiązuję się do ich stosowania. |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

3. Oświadczam, że………………………………………. ( imię i nazwisko uczestnika) jest zdrowy/a, nie ma objawów chorobowych oraz oświadczam, że ( proszę zaznaczyć właściwe pole):

|  |  |
| --- | --- |
|  | W okresie ostatnich 14 dni nie korzystał/a z opieki lekarskiej  |
|  | W okresie ostatnich 14 dni korzystał/a z opieki lekarskiej z powodu …………………………………………………………………. |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 4. Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z uczestnikiem nie są objęte kwarantanną, ani nie pozostają w izolacji. |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

5. W przypadku wystąpienia u uczestnika objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną; powzięcia informacji o zastosowaniu izolacji lub kwarantanny w stosunku do którejkolwiek z osób wspólnie zamieszkujących z uczestnikiem, zobowiązuję się do natychmiastowego zaprzestania przyprowadzania uczestnika do ośrodka i poinformowania o tym Kierownika placówki; w przypadku korzystania z opieki lekarza przez uczestnika z jakiegokolwiek powodu zobowiązuję się poinformować o tym Kierownika.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała uczestnika przez personel placówki.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

7. Oświadczam, że jestem osobą pracującą, a wykonywane przeze mnie obowiązki zawodowe wymagają przebywania poza miejscem zamieszkania, nie wykonuję pracy zdalnie, nie przebywam na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matki/opiekuna** | **Podpis ojca/opiekuna** |
|  |  |

8. Miejsce pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce pracy matki** |  **Miejsce pracy ojca** |
|  |  |

………………………………………… Szczecin dn., ………………………………

Imię i nazwisko Uczestnika/ Opiekuna prawnego

…………………………………………

Adres

…………………………………………

Tel. Kontaktowy

**OŚWIADCZENIE W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM**

**SZERZENIU SIĘ ZAKAŻEŃ SARS – CoV – 2**

 Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/ em się z procedurami bezpieczeństwa w trakcie pandemii SARS – CoV -2 obowiązującymi w Środowiskowy Domu Samopomocy w Szczecinie;
2. Jestem świadoma/ y możliwości zarażenia się/ podopiecznego, moich domowników, pracowników Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczecinie i innych Uczestników wirusem SARS – CoV -2;
3. Biorę odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z uczestnictwem w zajęciach terapeutycznych a tym samym narażenie na zakażenie wirusem SARS – CoV -2;
4. Zostałam/em poinformowana /y o konieczności pozostania w domu jeżeli w ciągu ostatnich 14 dni miałam/ em kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie
SARS – CoV -2, objętą kwarantanną, a także wszystkich osób wykazujących objawy infekcji dróg oddechowych;
5. Zostałam/em poinformowana /y o zakazie przychodzenia do placówki w sytuacji stwierdzenia niepokojących objawów choroby zakaźnej (katar, kaszel, gorączka, duszności), kontakcie
z osobą chorą, zakażoną, izolowaną lub kwarantannowaną;
6. Jestem świadomy, że podanie nieprawdziwych informacji naraża na zakażenie wirusem SARS – CoV-2, bądź kwarantannę pracowników i innych Uczestników wraz z ich rodzinami;
7. Wyrażałam zgodę na wykonywanie pomiaru temperatury ciała przy pomocy termometru bezdotykowego, obserwowanie stanu zdrowia w tym oceny objawów zakażenia dróg oddechowych;
8. Zostałam/em poinformowana/y o konieczności dezynfekowania rąk po wejściu do placówki oraz stosowania się do procedur bezpieczeństwa wprowadzonych na potrzeby zapobiegania zakażeniom wirusem SARS – CoV – 2.
9. Zostałam/em poinformowana/y o procedurach obowiązujących w przypadku wystąpienia objawów sugerujących zakażenia SARS – CoV – 2, tj. odizolowanie we wskazanym pomieszaniu, poinformowanie wskazanego w oświadczeniu opiekuna oraz właściwej miejscowo Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej.
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania pracowników Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczecinie o niepokojących objawach choroby zakaźnej.
11. Wyrażam zgodę na przekazanie właściwej miejscowo Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej danych osobowych w przypadku zarażenia wirusem SARS – CoV -2.

W sytuacji wystąpienia objawów sugerujących zakażenia SARS – CoV – 2, proszę
o poinformowanie niżej wskazanych osób (Imię, nazwisko, numer telefonu):

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….

Podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dot. ograniczania możliwości rozprzestrzeniania się wirusów**

**w tym koronawirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę o nazwie COVID-19,**

**innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem uprzejmie informuję, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczecinie, adres siedziby: ul. Tartaczna 14, 70-893 Szczecin, kontakt e-mail: sekretariat@sds.szczecin.pl lub telefoniczny: +48 91 4622230 wew. 20
* W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty e-mail: sekretariat@sds.szczecin.pl lub telefoniczny: +48 91 4622230 wew. 20
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeciwdziałania, zwalczania,
a w szczególności zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 oraz innych chorób zakaźnych.
* Podstawą prawną przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i
w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
* W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Twoje dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
* Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania epidemii.
* Zgodnie z Rozporządzeniem przysługuje Pani/Panu:
1. prawo dostępu do swoich danych;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania;
4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
* Podanie danych osobowych umożliwiających Pani/Pana identyfikację jest obowiązkiem wynikającym z przepisu prawa; jeśli administrator tych danych nie będzie posiadał, nie będzie możliwe zrealizowanie celu przetwarzania;
* Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji,
w tym profilowaniu.