Załącznik Nr 1 do Procedury
 dla Środowiskowego Domu Samopomocy
 w Szczecinie z dnia 20 maja 2020 r.

**WNIOSEK DLA UCZESTNIKA**

**Wnioskuję o przyjęcie 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** |
|  |  |
|  | **Podpis uczestnika** |
| Szczecin, dnia ……………….. |

1.Oświadczam, że znane mi są czynniki ryzyka w związku z epidemią koronawirusa SARS-CoV – 2 zarówno u moich rodziców lub opiekunów, jak i innych domowników oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z moim udziałem w zajęciach, jak i dojazdem 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | W okresie ostatnich 14 dni nie korzystałam/em z opieki lekarskiej  |
|  | W okresie ostatnich 14 dni korzystałam/em z opieki lekarskiej z powodu …………………………………………………………………. |
| **Podpis uczestnika** |  |
|  |

4. Oświadczam, że osoby wspólnie ze mną zamieszkujące nie są objęte kwarantanną, ani nie pozostają
w izolacji.

 **Podpis uczestnika**

|  |
| --- |
| **Szczecin, dnia…………………………..** |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

 |

………………………………………… 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.