

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PEŁNOLETNIEGO

wyrażającego wolę korzystania pobytu od 5 do 8 lipca 2020 r. w Szklarskiej Porębie
w czasie pandemii koronawirusa COVID-19

Zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa, podopiecznych, wolontariuszy i pracowników prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

Imię i nazwisko

Numery telefonu do kontaktu

ANKIETA (weź w kółko prawidłową odpowiedź)

1	Czy w ciągu 2 tygodni przebywałeś ty lub ktoś z domowników za granicą?	TAK	NIE	
2	Czy ty lub ktoś z domowników miał kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni z osobą przebywającą poza granicami kraju?	TAK	NIE	
3	Czy ty lub ktoś z domowników jest objęty obecnie kwarantanną/ nadzorem epidemiologicznym?	TAK	NIE	
4	Czy obecnie występują u ciebie lub kogoś z domowników objawy infekcji*?	TAK	NIE	
5	Czy obecnie lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u kogoś z domowników objawy infekcji*? *Jako objawy infekcji rozumie się np. gorączka, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.	OBECNIE	TAK	NIE
		W CIĄGU OSTATNICH 2 TYGODNI	TAK	NIE
6	Czy ty lub ktoś z domowników miał kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni kontakt z osobą zakażoną wirusem Covid-19 ?	TAK	NIE	

.....
data i podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego

- Jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności wiążącej się z wyjazem do Szklarskiej Poręby w dniach od 5 do 8 lipca i wyrażam zgodę na uczestnictwo we wszystkich proponowanych zajęciach.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z czynnikami ryzyka COVID-19 u uczestników, rodziców/opiekunów, pracowników, wolontariuszy:
 - możliwości zarażenia w czasie drogi do Szklarskiej Poręby i podczas pobytu w placówce, a także w trakcie drogi powrotnej do domu.
 - obowiązującymi procedurami, które są załącznikiem do niniejszego oświadczenia
 - wytycznymi GIS, MRPiPS
- Oświadczam, że zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących w placówce zasad, związanych z reżimem sanitarnym, zawartych w procedurze funkcjonowania pensjonatu Siła w czasie zagrożenia epidemicznego w związku z emisją wirusa Covid-19
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała, jak również w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.
- Zobowiązuję się do natychmiastowego odizolowania w razie wystąpienia u mnie jakichkolwiek objawów chorobowych podczas pobytu w Szklarskiej Porębie.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej uczestnika/domowników w związku z infekcjami oraz wirusem Covid-19.

.....
data i podpis uczestnika pełnoletniego dotyczący
wszystkich 6 powyższych punktów

PROCEDURA FUNKCJONOWANIA PENSJONATU SIŁA W SZKLARSKIEJ PORĘBIE w czasie zagrożenia epidemicznego w związku z emisją wirusa Covid-19

I. Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz.1239 ze zm.),
2. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 59),
3. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1148),
4. Rekomendacje dotyczące działalności placówek pobytu dziennego wydane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.05.2020 r.,
5. Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Zdrowia

II. Postanowienia

1. W pensjonacie mogą przebywać tylko osoby zdrowe bez żadnych objawów chorobowych.
2. Do pensjonacie nie mogą przychodzić osoby (podopieczni, wolontariusze i pracownicy) jeżeli w domu przebywa ktoś na kwarantannie lub w izolacji.
3. Należy korzystać z płynu do dezynfekcji rąk.
4. Przy środkach dezynfekujących oraz w toaletach znajdują się instrukcje z zasadami prawidłowego dezynfekowania i mycia rąk, zakładania i ściągania maseczek oraz rękawiczek.
5. Wszystkie zużyte maseczki, rękawiczki, ręczniki papierowe, chusteczki dezynfekujące wrzucane są do specjalnie oznakowanych koszy.
6. Osoby wchodzące do pensjonatu i pracownicy muszą zadbać o dezynfekcję rąk oraz zachować bezpieczną odległość pomiędzy osobami na terenie placówki. Dystans społeczny w odniesieniu do pracowników pensjonatu, jak i innych osób i podopiecznych wynosi min. 2 m. Przy czym należy przestrzegać wszelkich środków ostrożności tj. osłona ust i nosa, rękawiczki jednorazowe lub dezynfekcja rąk. W przypadku podejrzenia zakażenia należy o tym poinformować kierownika placówki
7. O swoim stanie chorobowym należy również bezzwłocznie powiadomić kierownika placówki.
8. W przypadku wystąpienia u pracownika lub wolontariusza będącego na stanowisku pracy niepokojących objawów sugerujących zakażenie koronawirusem jest on niezwłocznie odsunięty od swoich zajęć i umieszczony w izolatce.
9. Wychowawcy zwracają uwagę, aby podopieczni często i regularnie myli ręce (wodą z mydłem lub płynem dezynfekującym) oraz przypominają o zasadach higieny; podkreślając, że wychowanek powinien: zasłaniać twarz podczas kichania czy kasłania, nie podawać ręki na przywitanie oraz unikać dotykania oczu, nosa i ust. Należy unikać większych skupisk osób podczas zabawy w sali, obowiązuje zasada zachowania dystansu społecznego (1,5 – 2 m).
10. Sale, w których przebywają podopieczni są wietrzone co najmniej raz na godzinę.
11. Telefony komórkowe nie powinny być odkładane na powierzchniach ogólnodostępnych.
12. Podopieczni jedzą posiłki o wyznaczonych godzinach.
13. Pensjonat Siła zapewnia bezpieczne spożywanie posiłków, w miejscach do tego przystosowanych.
14. Do przestrzegania postanowień niniejszej procedury zobowiązani są wszyscy pracownicy, wolontariusze oraz osoby korzystające z działalności pensjonatu Siła.

Kontakt :

Ośrodek Wypoczynkowy "SIŁA"

ul. Mickiewicza 19
58-580 Szklarska Poręba
tel.: [+48] 757174777
tel.kom.: [+48] 502984436
e-mail: janek.szulc@op.pl

KARTA UCZESTNIKA

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDARZENIA

Forma wydarzenia Spotkania formacyjno turystyczne	
Termin . 5 – 8 lipca 2020 r.	Adres, miejsce / lokalizacja wydarzenia w Szklarskiej Porębie

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA.

Imię (imiona) i nazwisko
Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych
Data urodzenia uczestnika
Adres zamieszkania uczestnika
Adres zamieszkania lub pobytu rodziców / prawnych opiekunów
Numer PESEL uczestnika
Numer telefonu rodziców lub opiekunów prawnych z którymi można kontaktować się w czasie trwania wydarzenia
Istotne dla organizatorów informacje o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)

data, podpis pełnoletniego uczestnika

ZGODA NA ZABIEGI MEDYCZNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Ja niżej podpisana/y) _____
imię nazwisko pełnoletniego uczestnika

Wyrażam zgodę na:

1. podawanie przez uprawnioną osobę leków, które dziecko przyjmuje na stałe oraz w razie konieczności innych leków lub doraźnych środków farmakologicznych
2. wszelkie zabiegi medyczne i pierwszej pomocy wykonywane przez personel medyczny w porozumieniu z odpowiedzialnym
3. leczenie, zabiegi diagnostyczne i operacje w razie zagrożenia życia mojego dziecka uczestniczącego w spotkaniu

Oświadczam, że w Karcie uczestnika podałem/-am wszystkie znane mi przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające mojemu dziecku udziału w zajęciach sportowo-rekreacyjnych.

data, czytelny własnoręczny podpis

ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y^{*)} _____

imię nazwisko pełnoletniego uczestnika

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody^{*)} na przetwarzanie przez Inspektorię Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław danych osobowych zawartych w Karcie uczestnika w celu kwalifikacji, a następnie organizacji udziału w spotkaniu oraz w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody^{*)} na przetwarzanie przez Inspektorię Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko we Wrocławiu, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław, materiałów zawierających wizerunek **mój / mojego dziecka^{*)}**, zarejestrowanych podczas uczestnictwa w spotkaniu w celu umieszczenia materiałów w kronikach, publikacjach i na internetowych portalach Inspektorii.

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dz.U. UE z 2016r. L 119/1 zwanej dalej RODO oświadczam, że zostałem poinformowany i przyjmuję do wiadomości, iż:

2. Administratorem wymienionych danych osobowych jest Inspektorium Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław;
3. Inspektorem ochrony danych jest Pan Adam Gazda, e-mail: IODwroc@salezjanie.pl;
4. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z celami wymienionymi w formularzach zgód;
5. Podstawą przetwarzania tych danych jest moja dobrowolna zgoda (art. 6 ust.1. lit a. RODO);
6. Brak wyrażenia wskazanej wyżej zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika zawartych w karcie uczestnika skutkuje brakiem możliwości uczestnictwa w spotkaniu, brak zgody na przetwarzanie wizerunku uczestnika skutkuje brakiem możliwości utrwalenia wizerunku w materiałach Administratora;
7. Dane osobowe będą przetwarzane u Administratora przez okres spotkania, a następnie przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu spotkania;
8. Dane będą przekazywane do Towarzystwa Świętego Franciszka Salezego ponadto dane mogą być przekazane organom nadzorczym posiadającym uprawnienia do sprawowania kontroli spotkania;
9. W trakcie elektronicznego przetwarzania danych nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania;
10. Posiadam prawo dostępu do treści wymienionych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, 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;
11. Mam prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uznaję, iż przetwarzanie tych danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO.

data, czytelny własnoręczny podpis

^{*)} niepotrzebne skreślić