

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Radom, dn.....

.....
(imię i nazwisko dziecka)

OŚWIADCZENIE - COVID 19

Niniejszym świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, na podst. art. 233 ustawy z 06.06.1997 r. kodeks karny (Dz.U 2019 1950 t.j. z dnia 2019.10.14) w związku z art. 161 kodeksu karnego oraz w związku z art. 165 kodeksu karnego, świadomy(a) odpowiedzialności karnej do lat 8 pozbawienia wolności, oświadczam:

1. Nie zataję przed dyrektorem placówki faktu przebywania w domu osoby będącej na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.
2. Nie zataję przed dyrektorem placówki faktu, że dziecko ma/że mam objawy chorobowe sugerujące chorobę zakaźną.

.....
/ podpis rodziców/ prawnych opiekunów/pełnoletniego ucznia/

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan/ ni za granicą lub ktoś z rodziny ?

TAK NIE

4. Czy w okresie 14 dni miał Pan/ Pani lub ktoś z rodziny kontakt z osobą zakażoną lub przebywająca na kwarantannie COVID-19 lub czy Państwa rodzina przebywała na kwarantannie?

TAK NIE

5. Czy występują u Pana/ Pani lub u dziecka objawy:

- | | | | |
|---------------------------|-----|-----|---------------|
| – podwyższona temperatura | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – kaszel | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – duszność | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – wymioty | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – biegunka | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – utrata smaku | TAK | NIE | od kiedy..... |
| – utrata węchu | TAK | NIE | od kiedy..... |

Oświadczam, że po zapoznaniu się ze stosowanymi procedurami bezpieczeństwa w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Radomiu, podjąłem/łam odpowiedzialną decyzję o udziale mojego dziecka w diagnozie/ terapii, w tych szczególnych warunkach, jednocześnie nie wnosząc w związku z tym roszczeń.

.....
/ podpis rodziców/ prawnych opiekunów/pełnoletniego ucznia/

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na pomiar temperatury ciała mojego dziecka/mojego ciała, jeśli zaistnieje taka konieczność w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych podczas pobytu w placówce.
2. Jestem świadomy/a , że w placówce w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się koronawirusa będą stosowane środki dezynfekujące i odkażające, które mogą wywoływać odczyn alergiczny.

.....
/ podpis rodziców/ prawnych opiekunów/pełnoletniego ucznia/

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Poradnia PsychologicznoPedagogiczna Nr 3 w Radomiu, z siedzibą przy ulicy Głównej 3, 26-610 Radom.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: iod@ctserv.pl.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016r.).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w ustawie o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 217) oraz w jednolitym rzeczowym wykazie akt obowiązującym w placówce.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 3 w Radomiu zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

.....
/ podpis rodziców/ prawnych opiekunów/pełnoletniego