

Čestné prohlášení o bezinfekčnosti

Jméno a přímení:	
Bydliště:	
Telefon nebo e-mail:	

Já níže podepsaný/á čestně prohlašuji že:

- si nejsem vědom/a že bych byl/a v posledních dvou týdnech v kontaktu s osobami potencionálně ohroženými nebo nakaženými onemocněním COVID-19,
- si nejsem vědom/a že bych měl/a jakékoliv příznaky onemocnění COVID-19 (případně příznaky podobné chřipkovému onemocnění – teplota, kašel dušnost, zažívací potíže apod.).

Beru na vědomí:

- že sdělením nepravdivých informací mohu ohrozit klienty a zaměstnance zařízení,
- rizika spojená s návštěvou osoby mně blízké, např. i možnost šíření onemocnění Covid-19.

Jsem poučen o tom, že po celou dobu návštěvy musím používat respirátor tř. FFP2 nebo KN 95 bez výdechového ventilu. Děti do 15 let mohou mít jiný prostředek ochrany úst a nosu.

Zároveň tímto uděluji souhlas organizaci Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace, se sídlem Vsetín, Záviše Kalandry 1353, 755 01, IČ 49562827, zapsané ve veřejném rejstříku vedeném u Krajského soudu v Ostravě pod spisovou značkou Pr 953 (dále jen „Správce“), aby ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) zpracovávala mé výše uvedené osobní údaje a to za účelem zajištění bezpečnosti klientů v navštěvovaném zařízení. Mé osobní údaje budou Správce zpracovány po dobu 2 měsíců. Souhlas může být kdykoliv odvolán.

Dne _____ Podpis návštěvy/ zákonného zástupce _____

Ověření písemného dokladu pověřeným zaměstnancem zařízení

RT-PCR vyšetření	Ze dne:	Doklad vydal:
POC test	Ze dne:	Doklad vydal:
Prodělané onemocnění COVID-19	Ze dne:	Doklad vydal:
Certifikát o provedeném očkování proti nemoci COVID-19	Ze dne:	Doklad vydal:

Dne _____ Podpis _____