

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

DATA:

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER TELEFONU:

CZY MIESZKASZ LUB MIAŁAŚ/EŚ KONTAKT Z OSOBĄ CHORĄ, LUB KTÓRA PRZEBYWA NA KWARANTANNIE? TAK / NIE

CZY W CIĄGU OSTATNICH 7DNI MIAŁAŚ/EŚ OBJAWY (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- KASZEL**
- DUSZNOŚCI**
- GORĄCZKA**
- BÓLE MIĘŚNI/CIAŁA**
- ŻADNE Z POWYŻSZYCH**

CZY W CIĄGU OSTATNICH 7DNI TWOJE DZIECKO MIAŁO OBJAWY (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- KASZEL**
- DUSZNOŚCI**
- GORĄCZKA**
- BÓLE MIĘŚNI/CIAŁA**
- ŻADNE Z POWYŻSZYCH**

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne prawdą. Dane osobowe będą przechowywane przez 30 dni od dnia ich otrzymania. Po upływie tego czasu, oświadczenie zostanie zniszczone, zgodnie z obowiązującym RODO.

Administratorem Pana/Pani danych osobowych, zamieszczonych w formularzu, jest Centrum Kultury Gminy Nowa Ruda z siedzibą w Ludwikowicach Kłodzkich, przy ul. Fabrycznej 2, wpisane do rejestru Instytucji Kultury Gminy Nowa Ruda pod nr 2 (dalej zwana „Administratorem”).

Kontakt z Administratorem za pośrednictwem następującego adresu e-mail: ckultury@gmail.com

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego