**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w podanym niżej zakresie.

Dane osobowe uzyskane w procesie rekrutacji wykorzystywane będą do realizacji celów statutowych placówki.

(art. 6 ust. 1 lit b RODO), natomiast inne dane, w tym dane do kontaktu, na podstawie zgody

(art. 6 ust. 1 lit. a RODO), która może zostać odwołana w dowolnym czasie.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Nr 7.

**Inspektor ochrony danych**

Mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez MBFO inspektorem ochrony danych osobowych poprzez adres e-mail: wbrewczynska@um.warszawa.pl

**Okres przechowywania danych**

Dane Państwa oraz Państwa dzieci, zgromadzone w obecnym procesie rekrutacyjnym będą przechowywane do chwili ukończenia szkoły.

……………………….………………….……………

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę\*

Załącznik Nr 2 do Rekrutacji

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO**

Data przeprowadzenia wywiadu

**Dane rodzica/ opiekuna prawnego kandydata:**

Imię i Nazwisko

Miejsce zamieszkania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pytania do osoby badanej:** | **TAK** | **NIE** |
| Czy jest Pan / Pani zdiagnozowana jako osoba zakażona koronawirusem SARS-CoV-2? ( lub zdiagnozowana na chorobę COVID 19) |  |  |
| Czy obecnie jest Pan/ Pani poddawany/a kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu w związku z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2? (lub zarażaniem chorobą COVID 19) |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni powrócił Pan/Pani z zagranicy? *(osoby pracujących jako kierowcy TIR-ów, czy też powracający do Polski w ramach pomocy „Lot do domu”)* |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan / Pani bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażanie koronawirusem SARS-CoV-2 (chorobą COVID 19)? |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni miała Pan / Pani bezpośredni kontakt z osobą, która wróciła z zagranicy? *(dotyczy np. „Lot do domu”, kierowcy)* |  |  |
| Czy w okresie ostatnich14 dni miała Pan / Pani kontakt z osobą poddawaną kwarantannie w związku z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (zarażenia chorobą COVID 19) |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni miała Pan / Pani kontakt z osobą, co do której istnieje podejrzenie o zarażeniu SARS-CoV-2 (zarażania chorobą COVID 19) mającą takie objawy jak wysoka gorączka, kaszel, duszności? |  |  |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/ Pani w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2? |  |  |
| Czy pracuje lub w okresie ostatnich 14 dni pracował/a Pan/ Pani w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2? |  |  |

**Czy występują u Pana / Pani następujące objawy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Temperatura > 37,5°C |  |  |
| Kaszel |  |  |
| Duszności |  |  |
| bóle mięśniowe/  zapalenie spojówek/  utrata węchu i smaku |  |  |
| Inne objawy infekcji dróg oddechowych |  |  |

Podpis osoby osoby przeprowadzającej wywiad