**DOTAZNÍK NÁVŠTĚVNÍKA ZAŘÍZENÍ K NEMOCI COVID-19**

**A SOUHLAS S DODRŽOVÁNÍM PRAVIDEL PRO NÁVŠTĚVY**

Jméno a příjmení návštěvníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození návštěvníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Navštívená osoba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Měl jste Vy nebo někdo z Vašich blízkých (rodina, přátelé, spolubydlící ...) v posledním týdnu zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici nebo třesavku, nově vzniklý kašel, dušnost, bolesti svalů, zvýšenou únavu, ztrátu čichu, rýmu (nealergickou), bolest v krku nebo průjem?** | **ANO** | **NE** |
| **Máte nařízenou karanténu?** | **ANO** | **NE** |
| **Byl jste V POSLEDNÍCH 14 DNECH v blízkém kontaktu s osobou s onemocněním Covid-19?** | **ANO** | **NE** |
|  |  |  |

**ABSOLVOVAL JSTE V POSLEDNÍCH 72 HODINÁCH:**

1. **POC TEST NA PŘÍTOMNOST ANTIGENU VIRU SARS CoV-2 nebo**
2. **RT- PCR VYŠETŘENÍ NA PŘÍTOMNOST VIRU SARS Cov-2**

**Datum: ………………………………………. Výsledek: ……………………………………**

**Ověřeno dle:**

**PRODĚLAL JSTE V POSLEDNÍCH 180 DNECH ONEMOCNĚNÍ COVID-19? ANO NE**

**(Doloženo potvrzení od lékaře)**

**PROKÁŽETE SE PLATNÝM CERTIFIKÁTEM O OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19**

**( Od data ukončeného očkování již uplynulo 14 dnů) ANO NE**

**PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a jsem si vědom důsledků nepravdivě uvedených informací, včetně případné občanskoprávní i trestněprávní odpovědnosti, dle § 152 trestního zákoníku – Šíření nakažlivé lidské nemoci, se všemi právními důsledky! Za toto chování je možno uložit v jeho základní formě trest odnětí svobody na šest měsíců až tři léta, 2–8 let v době stavu ohrožení státu a 5-12 let při způsobení smrti nejméně dvou osob.

Dále prohlašuji, že jsem se seznámil a budu dodržovat aktuálně stanovená pravidla pro návštěvy.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis návštěvníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ZÁZNAM O PROVEDENÍ DOTAZOVÁNÍ:**  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_    Hodina příchodu: \_\_\_\_\_\_\_\_ Hodina odchodu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tělesná teplota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Provedl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis pracovníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**POUČENÍ**

Podpisem výše beru na vědomí, že Diakonie ČCE – středisko v Myslibořicích jako správce osobních údajů (dále jen „Zařízení“) je na základě čl. 9 odst. 2 písm. f) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (dále jen „GDPR“) oprávněna zpracovávat moje výše uvedené osobní údaje, a to za účelem ochrany života a zdraví svých klientů a určení, výkonu nebo obhajoby případných právních nároků. Tyto osobní údaje Zařízení uchovává po dobu nezbytně nutnou, nejvýše však po dobu 15 dní.

V případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů mám právo se obrátit na Zařízení nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.