

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

I DANE UCZESTNIKA

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

II DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO KONTAKTÓW W SPRAWACH UCZESTNIKA W TYM W RAZIE NAGŁYCH SYTUACJI:

OSOBA NR 1

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

OSOBA NR 2

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

III SYTUACJA ZAWODOWA

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)

TAK

NIE

Charakter gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć - „X”)

OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA

OSOBA ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ

OSOBA ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ, ALE PROWADZĄCA ODDZIELNE GOSPODARSTWO DOMOWE

IV ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1.	Niepełnosprawność (orzeczenie do wglądu)	TAK Symbol niepełnosprawności.....	NIE
2.	Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe	TAK Wymienić jakie:.....	NIE
3.	Alergia / uczulenia	TAK Wymienić jakie:.....	NIE
4.	Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	TAK Wymienić jakie:.....	NIE

11.	INNE, nie ujęte powyżej ważne uwagi , dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej:	
12.	Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	Nazwa i adres przychodni Imię nazwisko lekarza rodzinnego POZ

V INNE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNY DOMU

1.	Wykształcenie	
2.	Doświadczenie zawodowe	
3.	Zainteresowania	
4.	Umiejętności	

5.	Oczekiwania	

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

.....
(data i czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce reprezentowany przez Dyrektora z siedzibą, ul. gen. Józefa Hallera 12, 07-410 Ostrołęka, tel. 297644130, e-mail: sekretariat@mopr.ostroleka.pl,

2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: odoiin@iwa.ostroleka.pl,

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną),
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie -jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody (cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem),
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu, a konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie spraw.

.....
(data i czytelny podpis)