

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
5.	Leki przyjmowane stałe w godz. 8.00-16.00	TAK godz. lek godz. lek godz. lek	NIE
6.	Stosowana/ wymagana dieta	TAK Rodzaj diety, krótki opis:.....	NIE
7.	Wymagane wsparcie przy poruszaniu się	Jeśli wymaga należy podkreślić właściwe: -pomoc osoby drugiej -kule/laska -wózek inwalidzki -balkonik	

		- nie wymaga
8.	Stosowanie innych środków pomocniczych	-okulary korekcyjne -aparat słuchowy -inne:..... - nie wymaga
9.	Sposób dotarcia do placówki oraz powrót	-samodzielnie -pod opieką osoby drugiej: Imię i nazwisko nr telefonu.....
10.	Zachowanie higieny osobistej	-samodzielnie -wymagana pomoc osoby drugiej
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: iod@mopr.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, dostawcą oprogramowania, realizatorem programu dożywiania, realizatorem wypoczynku letniego dzieci),

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)