

ČESTNÉ VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE

/vyplní každý návštevník zariadenia, alebo prevádzajúca osoba /

Meno a priezvisko :

Adresa trvalého bydliska :

Dátum narodenia : Telefónny kontakt :

Vážená pani, vážený pán,

v súlade s Usmernením MPSVaR SR k umožneniu návštev v ZSS s pobytovou formou a v dôsledku vzniknutej epidemiologickej situácie si Vás v snahe zabezpečiť bezpečnosť našich klientov a zamestnancov dovoľujeme požiadať o vyjadrenie sa k nasledujúcim skutočnostiam :

- v období posledných 2 týždňov som bol/-a , nebol/-a v zahraničí, rovnako ani žiaden z mojich rodinných príslušníkov
- nie som si vedomý/-á, že som bol/-a v kontakte s osobou COVID-19 pozitívnou
- nemám žiadne príznaky ochorenia (zvýšená TT, kašeľ, ťažkosti s dýchaním, bolesť svalov, celková únava a pod.) , rovnako ani žiaden z mojich rodinných príslušníkov
- nie som v povinnej karanténe , rovnako ani nikto, s kým žijem v spoločnej domácnosti
- nebol/-a som testovaný/-á , bol/-a som testovaný/-á na vírus COVID-19 (čo sa nehodí preškrtnite): s negatívnym výsledkom / pozitívnym výsledkom

Zároveň Vás chceme informovať, že všetci naši zamestnanci a klienti sa podrobili testovaniu na prítomnosť protilátok na COVID – 19 s negatívnym výsledkom a žiaden z našich pracovníkov si nie je vedomý vlastnej nákazy vírusom COVID-19, ani nemá žiadne príznaky ochorenia COVID-19.

Ja dolupodpísaný/-á.....čestne vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol/-a sú pravdivé. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som si plne vedomý/-á možných zdravotných rizík, ktoré mi hrozia pri pobyte v tomto zariadení sociálnych služieb a o ktorých som bol vopred dôkladne informovaný/-á. Som si vedomý/-á právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov v mojom čestnom vyhlásení, najmä som si vedomý/-á, že svojim konaním môžem naplniť niektorú zo skutkových podstát trestných činov ohrozujúcich život a zdravie (§ 163 a § 164 Trestného zákona - Šírenie nebezpečnej nakažlivej ľudskej choroby, spáchanej priamym úmyslom, alebo formou nedbanlivosti). Súčasne sa zaväzujem, že ak sa v období 14 dní od ukončenia návštevy u mňa objavia príznaky ochorenia COVID-19, alebo budem na toto ochorenie pozitívne testovaný/-á, bezodkladne túto skutočnosť oznámim riaditeľke zariadenia.

V dňa Podpis :

Čestné prehlásenie prevzal /meno a podpis prílušného pracovníka/:

Odmeraná telesná teplota :

Osobné údaje dotknutej osoby sú spracúvané v zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) iba na dobu nevyhnutne potrebnú prevádzkovateľom z dôvodu zabezpečenia evidencie kontaktných osôb v prípade zistenia pozitívneho prípadu COVID-19 v zariadení. Informácie budú uložené najviac po dobu 30-tich dní odo dňa ich poskytnutia a vydané budú výhradne na vyžiadanie Úradu verejného zdravotníctva.

