

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA
WYDARZEŃ I IMPREZ KULTURALNYCH ORGANIZOWANYCH PRZEZ
MIEJSKĄ BIBLIOTEKĘ PUBLICZNĄ W KONINIE**

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka

.....
Telefon do rodzica/opiekuna prawnego dziecka

1. Oświadczam, że:

- a) zapoznała/em się z procedurą organizowania imprez i wydarzeń kulturalnych przez Miejską Bibliotekę Publiczną w Koninie (dalej: MBP) w trakcie epidemii COVID-19 mającą na celu zapobieganie możliwości rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 oraz z regulaminem imprez (załącznik do zarządzenia nr 17/2019 dyrektora MBP w Koninie z dnia 15.07.2019 r.) obowiązującymi w MBP w Koninie i zobowiązuje się do ich przestrzegania;
- b) jestem świadoma/y istniejącego zagrożenia możliwości zakażenia się wirusem SARS-CoV-2 przez uczestnika wydarzenia i wszystkich osób z którymi może mieć bezpośredni kontakt oraz o wynikających z tego możliwych konsekwencji i ryzyka tj.:
 - 1. obowiązku odbycia 14-dniowej kwarantanny,
 - 2. zaistnienia ryzyka utraty zdrowia poprzez wystąpienie charakterystycznych objawów dla wirusa SARS-CoV-2,
 - 3. zaistnienia ryzyka utraty zdrowia poprzez zachorowanie na COVID-19 oraz wystąpienia jej charakterystycznych objawów;
- c) w miejscu zamieszkania/przebywania/zameldowania uczestnika zajęć oraz w jego najbliższym sąsiedztwie nie przebywa w warunkach domowych osoba na kwarantannie, izolacji lub osoba zakażona wirusem SARS-CoV-2;

- d) przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się do przestrzegania zasady, że do MBP w Koninie nie wolno przyprowadzać uczestnika, który zamieszkuje/przebywa/jest zameldowany w miejscu, gdzie przebywa osoba na kwarantannie, izolacji lub osoba zakażona wirusem SARS-CoV-2;
- e) moje dziecko jest zdrowe, nie posiada objawów chorobowych sugerujących zakażenie wirusem SARS-CoV-2, choroby Covid-19 lub innej choroby zakaźnej tj.:
 - a) kaszel,
 - b) gorączka,
 - c) duszności,
 - d) objawy zapalenia spojówek (swędzenie/pieczenie/zaczerwienione oczy),
 - e) biegunka lub wymioty,
 - f) ból gardła.
- 2. Zobowiązuję się do przyprowadzenia do MBP w Koninie wyłącznie dziecka zdrowego, bez objawów sugerujących zakażenie wirusem SARS-CoV-2, choroby Covid-19 lub innej choroby zakaźnej w celu uniknięcia zakażenia innych osób.
- 3. Wyrażam zgodę na odizolowanie mojego dziecka od grupy, w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów sugerujących podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2, choroby Covid-19 lub innej choroby zakaźnej do czasu przybycia do MBP w Koninie rodzica/opiekuna prawnego lub upoważnionej przez niego osoby.
- 4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody¹ na przetwarzanie moich danych osobowych (imię nazwisko, numer telefonu) w celu kontaktowania przez MBP w Koninie w sprawie procedur przeciwdziałania i zapobiegania zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. Zostałem poinformowany, iż zgoda może zostać przeze mnie wycofana w dowolnym momencie, poprzez wysłanie wiadomości o wycofaniu zgody na adres sekretariat@mbp.konin.pl lub iod@mbp.konin.pl.
 - a) Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - b) W przypadku wystąpienia zmiany powyższych danych, informacji lub złożonych oświadczeń zobowiązuję się niezwłocznie (max. w okresie 1 dnia wystąpienia zmiany) poinformować o tym fakcie Dyrektora MBP w Koninie lub jego zastępcę.

¹ Zaznaczyć właściwe

5. Oświadczam że, przekazano mi informację o zasadach przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) (Dz. Urz. UE L119/1) i zostałem poinformowany, iż klauzula informacyjna dostępna jest na podmiotowej stronie BIP MBP w Koninie
6. Prawdziwość powyższych danych i oświadczeń jako Rodzic/Opiekun prawny potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej i cywilno-prawnej za podanie nieprawdziwych danych.

Miejscowość

Data.....

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika