

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WYDARZEŃ I IMPREZ KULTURALNYCH  
ORGANIZOWANYCH PRZEZ MIEJSKĄ BIBLIOTEKĘ PUBLICZNĄ W KONINIE**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

.....  
Telefon uczestnika

I. Oświadczam, że:

- a) zapoznałam/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 oraz rozpowszechnienie go na osoby z którymi mogę mieć bezpośredni kontakt oraz o wynikających z tego możliwych konsekwencjach i ryzykach tj.:
  - a) obowiązku odbycia 14-dniowej kwarantanny,
  - b) zaistnienia ryzyka utraty zdrowia poprzez wystąpienie charakterystycznych objawów dla wirusa SARS-CoV-2,
  - c) zaistnienia ryzyka utraty zdrowia poprzez zachorowanie na COVID-19 oraz wystąpienia jej charakterystycznych objawów,
- c) w moim miejscu zamieszkania/przebywania/zameldowania oraz w jego najbliższym sąsiedztwie nie przebywa w warunkach domowych osoba na kwarantannie, izolacji lub osoba zakażona wirusem SARS-CoV-2.
- d) jestem zdrowa/y oraz nie posiadam 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. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>2</sup> 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](mailto:sekretariat@mbp.konin.pl) lub [iod@mbp.konin.pl](mailto: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.
3. 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.
4. Prawdziwość powyższych danych i oświadczeń potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej i cywilno-prawnej za podanie nieprawdziwych danych.

Miejscowość .....

Data .....

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

---

<sup>2</sup> Zaznaczyć właściwe