

Oświadczenia uczestnika zajęć w Klubie Mieszkańców „Agatka” (dorośli)

IMIĘ I NAZWISKO

Numery telefonów do kontaktu

Adres zamieszkania : 59-220 Legnica ul.

1. Wyrażam zgodę na w zajęciach organizowanych w Klubie Mieszkańców "Agatka" w Legnicy

w terminie :

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku na potrzeby dokumentacji i prezentacji działalności Klubu Mieszkańców "Agatka" .

.....
(Data i czytelny podpis)

Oświadczenia uczestnika zajęć w Klubie Mieszkańców „Agatka” (dorośli)

- Oświadczam, że nie miałam kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia jest bardzo dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych . Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować telefonicznie Klub Mieszkańców "Agatka" o wystąpieniu oznak chorobowych.
- Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne uczestnictwo w zajęciach do KM „Agatka” w Legnicy, w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz znane mi jest ryzyko na jakie jest narażone moje zdrowie mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.
- Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w KM "Agatka" w Legnicy procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odstąpienia z uczestnictwa w zajęciach w placówce w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych . Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Procedurami bezpieczeństwa i Ścieżką szybkiej komunikacji na stronie Legnickiej Spółdzielni Mieszkaniowej w zakładce KM „Agatka” / <http://www.legnickasm.pl/index.php/km-agatka/procedury-bezpieczenstwa-covid-19-km-agatka> .
- Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika KM "Agatka" codziennego pomiaru temperatury z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.
- Zobowiązuję się do poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID-19.

.....
(Data i czytelny podpis)