**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

**SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA HAVLÍČKOVA BRODU, REYNKOVA 3643, 580 01 HAVLÍČKŮV BROD**

**Údaje návštěvy**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |   | **Kontaktní údaje** |   |
| **Trvalé bydliště** |    |

**Navštívený klient:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |    |

**Prohlašuji**, že:

- nemám a neměl jsem v posledních 7 dnech symptomy koronavirové nákazy ani jiného infekčního onemocnění např. zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici nebo třesavku, nově vzniklý kašel, dušnost, bolesti svalů, zvýšenou únavu, ztrátu čichu, rýmu (nealergickou), bolest v krku nebo průjem; a neměly je ani osoby žijící se mnou v domácnosti nebo se kterými se stýkám (přátelé, známí apod.),

- není mi k dnešnímu dni uložena izolace nebo karanténa,

- není mi známo, že bych v tuto chvíli mohl/a být infekční,

- výše uvedené informace jsou pravdivé a jsem si vědom důsledků nepravdivě uvedených informací, včetně případné občanskoprávní i trestněprávní odpovědnosti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **výběr** |   | **Doložen doklad – návštěva umožněna** |
|   | jsem absolvoval/a **nejdéle před 7 dny RT-PCR vyšetření** na přítomnost viru SARS-CoV-2 s negativním výsledkem |   |
|   | jsem absolvoval/a **nejdéle před 72 hodinami POC (antigenní) test** na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 s negativním výsledkem |   |
|  | jsem byl/a **očkována proti onemocnění covid-19 a dokládám certifikátem** o provedeném očkování, které obsahuje údaje o očkované osobě, podanému typu vakcíny, datu podání vakcíny, identifikaci subjektu, který potvrzení vydal, že u očkování uplynulo:* od aplikace druhé dávky očkovací látky v případě dvoudávkového schématu nejméně 14dní, nebo
* od aplikace dávky očkovací látky v případě jednodávkového schématu podle SPC nejméně 14 dní,
 |  |
|   | jsem **prodělal/a laboratorně potvrzené onemocnění covid-19**, uplynula u ní doba izolace podle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví a od prvního pozitivního POC antigenního testu na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 nebo RT-PCR testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 **neuplynulo více než 180 dní** |   |
|  | osoba **na místě podstoupí preventivní antigenní test** (z vlastních zdrojů) na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2, který je určen pro sebetestování nebo povolený Ministerstvem zdravotnictví k použití laickou osobou, s negativním výsledkem |  |
|  | jsem absolvoval/a **v rámci povinného testování zaměstnanců** stanoveného jiným mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví **nejdéle před 72 hodinami test** na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2, který je určen pro sebetestování nebo povolený Ministerstvem zdravotnictví k použití laickou osobou a byl osobě poskytnut jejím zaměstnavatelem, s negativním výsledkem; **tato skutečnost se dokládá potvrzením od zaměstnavatele** |  |
|  | jsem ve škole nebo **školském zařízení** absolvoval/a podle jiného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví **nejdéle před 72 hodinami test** na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2, který je určen pro sebetestování nebo povolený Ministerstvem zdravotnictví k použití laickou osobou, s negativním výsledkem, tato skutečnost se dokládá **potvrzením školy.** |  |

**Informace o zpracování osobních údajů:**

Podpisem beru na vědomí, že Sociální služby města Havlíčkova Brodu, jako správce osobních údajů (dále jen „Zařízení“) je na základě čl. 9 odst. 2 písm. f) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (dále jen „GDPR“) oprávněna zpracovávat moje výše uvedené osobní údaje, a to za účelem ochrany života a zdraví svých klientů a určení, výkonu nebo obhajoby případných právních nároků. Tyto osobní údaje Zařízení uchovává po dobu nezbytně nutnou.

V případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů mám právo se obrátit na Zařízení nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

**Datum: Podpis návštěvy (zákonného zástupce): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tělesná teplota: Podpis pracovníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**