



ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA WYJAZDU NA WCZAOREKOLEKCJE

.....
(miejsce i data)

DANE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Dokładny adres zamieszkania
4. Telefon kontaktowy
5. PESEL
6. NFZ nr

POTWIERDZENIE Z PARAFII:

.....
Pieczęć parafii i podpis Księdza Proboszcza

INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA PRAWNEGO*

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Adres zamieszkania z kodem pocztowym
4. Numer telefonu do rodziny

* W przypadku, gdy osoba chora posiada opiekuna prawnego.

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DLA POTRZEB WZASOREKOLEKCJI

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- schorzenie układu krążenia
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- inne, jakie?
-

2. Przedmioty ortopedyczne

- protezowanie kończyn górnych
(jednostronne/obustronne)
- oprotezowanie kończyn dolnych
(jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- inne, jakie?
-

3. Konieczność opieki osoby drugiej/ wolontariusza na turnusie:

- nie
- tak – uzasadnienie:
-

4. Rodzaj opieki osoby drugiej/ wolontariusza na turnusie:

Podstawowe czynności higieniczne:

- mycie
- ubieranie się
- spożywanie posiłków
- wydalanie
- inne
-

5. Czy cierpi Pan/Pani na jakieś choroby przewlekłe, dolegliwości, inwalidztwo, alergie, (np. cukrzyca, Nadciśnienie, choroby serca i układu oddechowego, choroby psychiczne, choroby metaboliczne, np. Otyłość, nadwaga)?

.....

.....

.....

.....

6. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe, jeśli tak to jakie (wymienić)?

.....

.....

.....

* W przypadku, gdy osoba chora posiada opiekuna prawnego.

* W przypadku, gdy osoba chora posiada opiekuna prawnego.

7. Czy Pan/Pani jest uczulony na jakieś środki, leki (np. p/bólowe – Pyralgina, Ketonal, Salicylan, antybiotyki)? Jeśli tak – proszę wymienić.

.....
.....
.....

8. W przypadku konieczności pomocy ze strony osób trzecich, proszę o podanie danych osoby, która będzie towarzyszyć podczas wyjazdu.

.....
.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ OPIEKUNA PRAWNEGO*

Oświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o moim (Uczestnika) stanie zdrowia, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki i pomocy medycznej w czasie trwania wczasorekolekcji. Oświadczam, że mój (Uczestnika) stan zdrowia pozwala na wzięcie udziału we wczasorekolekcjach dla osób starszych, chorych i niepełnosprawnych organizowanych przez Caritas Archidiecezji Poznańskiej. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi (Uczestnikowi/ Opiekunowi prawnemu*), a nieujawnionych moich (Uczestnika) chorób.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ OPIEKUNA PRAWNEGO*

Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, operacje i badania diagnostyczne w razie zagrożenia życia uczestnika i udostępnienie danych o zdrowiu personelowi medycznemu udzielającemu pomocy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego*

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO*

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnik, bez zgody i kontroli opieki medycznej, nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ OPIEKUNA PRAWNEGO*

Mam świadomość, że opiekę nad chorymi sprawują wolontariusze, którzy nie posiadają kwalifikacji medycznych w sprawowaniu opieki.

Oświadczam, że dobrowolnie i na własną odpowiedzialność biorę udział (Uczestnik) w wyjeździe na wczasorekolekcje.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego*

* W przypadku, gdy osoba chora posiada opiekuna prawnego.



Caritas Archidiecezji Poznańskiej
Biuro: Rynek Wildecki 4a
61-546 Poznań
Tel. 61 835 68 50 lub 55
www.caritaspoznan.pl
e-mail: sekretariat@caritaspoznan.pl

OŚWIADCZENIE CARITAS ARCHIDIECEZJI POZNAŃSKIEJ W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

- Administratorem wszelkich podanych w oświadczeniu uczestnika danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Poznańskiej z siedzibą w Poznaniu przy Rynku Wildeckim 4a.
- Z inspektorem ochrony danych od dnia 25 maja 2018 roku można skontaktować się pod adresem e-mail iod@caritaspoznan.pl.
- Podane dane będą przetwarzane w celu zorganizowania określonych w zgłoszeniu wczasorekolekcji. Zorganizowanie wycieczki obejmuje jego przygotowanie, przeprowadzenie i rozliczenie (w tym ewaluację). Informacje o stanie zdrowia będą przetwarzane w celu udzielenia ewentualnej pomocy medycznej i zapewnienia opieki w czasie wczasorekolekcji.
- Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f (prawnie uzasadniony interes) Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Prawnie uzasadniony interes wynika z czynności organizacyjnych, które Administrator musi podjąć celem zorganizowania dla uczestnika wczasorekolekcji. Dane dotyczące zdrowia będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. d tego rozporządzenia.
- Odbiorcami podanych danych będą wolontariusze i organizatorzy wczasorekolekcji, niektórzy usługodawcy świadczący usługi niezbędne do zorganizowania wczasorekolekcji (np. ubezpieczyciel) oraz personel medyczny udzielający pomocy medycznej.
- Administrator danych nie zamierza ani przekazywać danych do państwa trzeciego, ani podejmować decyzji w sposób zautomatyzowany (profilowanie).
- Dane osobowe będą przechowywane do **dnia 31 marca roku następującego po roku organizacji wczasorekolekcji**.
- Administrator danych informuje, że ma Pan/i prawo żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych. Ma Pan/i ponadto prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale jest warunkiem uczestnictwa we wczasorekolekcjach, w związku z czym konsekwencją niepodania danych będzie brak kwalifikacji do uczestnictwa we wczasorekolekcjach.

Zapoznałem/am się z treścią oświadczenia organizatora, które stanowi integralną część zgłoszenia uczestnika, rozumiem je i akceptuję.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego*

* W przypadku, gdy osoba chora posiada opiekuna prawnego.