



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

## **ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA WYJAZDU NA SENIORALNY WYPOCZYNEK 2024**

**Prosimy o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI!**

### **MIEJSCE I DATA WYJAZDU**

- Zaniemyśl-6-12.05 ( częściowo rekolekcyjnie )
- Dębki 3-11.06 ( tylko dla pełnosprawnych !!! )
- Chludowo 8 - 14. 07 ( dla niepełnosprawnych intelektualnie i ruchowo)
- Zaniemyśl 2-8.09 ( dla niepełnosprawnych )
- Dębki 16-24.09 ( tylko dla pełnosprawnych !!! )

### **DANE UCZESTNIKA**

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

### **POTWIERDZENIE Z PARAFII:**

.....  
Pieczętka parafii i podpis Księdza Proboszcza

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA PRAWNEGO\***

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL .....
3. Dokładny adres zamieszkania .....
4. Numer telefonu do rodziny .....

# INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA NA POTRZEBY WZASOREKOLEKCJI

## 1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

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

## 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 pomocy osoby drugiej/ wolontariusza na turnusie:

- podstawowe czynności higieniczne
- mycie
- ubieranie się
- inne .....
- spożywanie posiłków
- wydalanie

## 5. Sposób dotarcia na turnus wczasorekolekcji:

- transport zorganizowany
- dojazd we własnym zakresie

## 6. 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)?

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

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

.....  
.....

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

.....  
 .....

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

.....  
 .....

### OŚWIADCZENIA

- *Wszystkie oświadczenia są dobrowolne, ale są warunkiem zakwalifikowania na wczasorekolekcje!*
- *Uczestnictwo w wycieczce jest możliwe jedynie po wyrażeniu i utrzymaniu odpowiednich zgód na przetwarzanie danych osobowych (szczególnie danych o zdrowiu). Wycofanie zgody może skutkować wypowiedzeniem umowy i odmową dalszego uczestnictwa w wycieczce. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na odrębnej stronie lub karcie.*
- *Jeśli uczestnik posiada opiekuna prawnego, to oświadczenia podpisuje opiekun prawny!*

Oświadczam, że podałem (podałam) wszystkie znane mi informacje o moim stanie zdrowia (stanie zdrowia Uczestnika), które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki i pomocy w czasie trwania wczasorekolekcji. Oświadczam, że mój stan zdrowia (stan zdrowia Uczestnika) 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, a nieujawnionych chorób.	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Poznańskiej moich danych osobowych (danych Uczestnika) <b>o zdrowiu, w celu zapewnienia opieki podczas wczasorekolekcji</b> . Oświadczam, że podanie moich danych osobowych nastąpiło dobrowolnie.	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego
Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, operacje i badania diagnostyczne w razie zagrożenia mojego życia (życia Uczestnika).	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego
Przyjmuję do wiadomości, że Uczestnik nie może otrzymać żadnych leków bez zgody i kontroli opieki medycznej.	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego
Mam świadomość, że pomoc udzielana Uczestnikowi przez wolontariuszy, nie jest pomocą o charakterze profesjonalnym. — W szczególności wolontariusze nie posiadają kwalifikacji medycznych ani w sprawowaniu profesjonalnej opieki medycznej, ani w sprawowaniu profesjonalnej pomocy medycznej.	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego
Oświadczam, że biorę udział (Uczestnik bierze udział) w wyjeździe na wczasorekolekcje dobrowolnie i na własną odpowiedzialność (Uczestnika/ Opiekuna Prawnego).	..... podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego

.....  
 miejscowość, data

.....  
 podpis Uczestnika/ Opiekuna prawnego\*

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z kwalifikacją do wypoczynku

### Informacje ogólne

Jako Caritas Archidiecezji Poznańskiej jesteśmy administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z przygotowaniem zawarciem i wykonywaniem umowy. Jeżeli podane niżej informacje nie są wystarczające, zachęcamy do kontaktu — gwarantujemy, że dołożymy wszelkich starań by wyjaśnić każdą sprawę. Inspektor ochrony danych — Tomasz Ceranek — przyjmuje pytania i wnioski pod adresem [iod@caritaspozn.pl](mailto:iod@caritaspozn.pl) lub ul. Rynek Wildecki 4a, 61-546 Poznań.

Najważniejsze przepisy regulujące przetwarzanie Państwa danych osobowych zawarte są w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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). Przywołując to rozporządzenie używamy skrótu „RODO”.

Zgodnie z RODO mają Państwo prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych (otrzymania ich kopii), sprostowania Państwa danych (poprawiania błędnych danych), usunięcia zgodnie z zamieszczonymi niżej informacjami, ograniczenia przetwarzania Państwa danych (na warunkach określonych w przepisach RODO), a także sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych (jednak tylko w zakresie w jakim przetwarzane są na podstawie tak zwanego prawnie uzasadnionego interesu). Mają Państwo również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

### Informacja dla osób zgłaszających się do uczestnictwa w wypoczynku

Państwa dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia kwalifikacji do wypoczynku i ewentualnego zawarcia umowy.

W zakresie nieobejmującym przetwarzania danych o zdrowiu, podstawą przetwarzania Państwa danych jest umowa i podjęcie działań przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). Podanie danych jest dobrowolne, ale jest warunkiem zawarcia umowy. Wykonywanie umowy może wiązać się ponadto z obowiązkami prawnymi o charakterze rachunkowym i podatkowym. Dane włączone do wytworzonej w tym celu dokumentacji będą przetwarzane na podstawie regulujących te obowiązki przepisów prawa (co przewiduje art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Podstawą przetwarzania Państwa danych o zdrowiu jest

z kolei Państwa zgoda (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w kwalifikacjach oraz zawarcia i wykonania ewentualnej umowy. Zgodę można odwołać w każdym momencie, jednak bez wpływu na przetwarzanie danych, które miało miejsce do chwili cofnięcia zgody. Odwołanie zgody może też skutkować wypowiedzeniem umowy i odmową dalszego uczestnictwa w wypoczynku.

Odbiorcami danych są albo mogą być: 1) podmioty utrzymujące i serwisujące nasze systemy informatyczne, 2) podmioty świadczące usługi pocztowe i kurierskie, 3) podmioty świadczące usługi wspierające naszą działalność (np. księgowo, audytorskie, usługi prawne itp.), 4) podmioty, które świadczą usługi w ramach wykonywanego wypoczynku (np. udostępniające nocleg, świadczące usługi transportowe, ubezpieczeniowe itd.).

Usuwanie danych podlega następującym regułom:

- Dane o zdrowiu przetwarzane są tak długo jak pozostałe dane przetwarzane w ramach umowy. Jednocześnie odwołanie zgody na przetwarzanie danych o zdrowiu skutkuje wcześniejszym zaprzestaniem przetwarzania tych danych i ich usunięciem, przy czym może wystąpić opisany niżej wyjątek, gdy dane przetwarzane są w celu dochodzenia lub obrony przed roszczeniami.
- Pozostałe dane przetwarzane są do chwili rozwiązania umowy, jednak z uwzględnieniem opisanego niżej wyjątku, gdy dane przetwarzane są w celu dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, a także wyjątku w odniesieniu do dokumentacji rachunkowo – podatkowej, który zakłada, że zawarte w niej Państwa dane będą zachowane przez sześć lat od sporządzenia ostatniego dokumentu, do końca roku kalendarzowego.
- Przetwarzanie danych może ulec wydłużeniu w sytuacji, w której przetwarzamy Państwa dane osobowe celem dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, co stanowi nasz prawnie uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO, a w przypadku danych o zdrowiu art. 9 ust. 2 lit. f RODO). Takie przetwarzanie Państwa danych będzie miało miejsce wyłącznie w przypadku uprawdopodobnienia roszczeń lub ustalenia przez nas istotnego ryzyka ich wystąpienia. Państwa dane będą przetwarzane co najmniej do terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub zakończenia wszystkich postępowań sądowych lub egzekucyjnych.
- Dane możemy przechowywać w celu zarchiwizowania informacji mającej dla nas uzasadnione, faktycznie lub potencjalnie istotne znaczenie. Podstawą takiego przetwarzania danych jest nasz prawnie uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) polegający na ochronie informacji, która z dużym prawdopodobieństwem wciąż może służyć osiągnięciu innych, prawnie uzasadnionych celów. Takie przetwarzanie nie dotyczy danych o zdrowiu.