**…………………………………**

(nazwa wydarzenia)**…………………….**

(data)

Oświadczenie

W trosce o zdrowie i bezpieczeństwo Uczestników wydarzenia organizowanego przez Zamek, zgodnie z art. 17 ustawy z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, prosimy o wypełnienie niniejszego dokumentu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | | Zaszczepiony/ozdrowieniec | |
|  | | Tak | Nie |
|  | | Tak | Nie |
|  | | Tak | Nie |
|  | | Tak | Nie |
| Nr telefonu lub e-mail |  |
| MIEJSCA NIENUMEROWANE | |

**Niniejszym oświadczam, że:  
  
1/ nie przebywam na kwarantannie ani pod nadzorem epidemicznym;  
2/ zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem wydarzenia.**   
 **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych**1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zamek Książąt Pomorskich w Szczecinie, z siedzibą: 70-540 Szczecin, ul. Korsarzy 34, e-mail: zamek@zamek.szczecin.pl, numer telefonu +48 91 434 83 11, Instytucja Kultury Województwa Zachodniopomorskiego.   
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeciwdziałania i zapobiegania rozprzestrzeniania się COVID -19, na podstawie art. 6 pkt 1 lit. d) RODO [*przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej*].  
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres 14 dni,  
a następnie zostaną komisyjnie zniszczone.  
4. W sytuacji konieczności przeprowadzenia identyfikacji Uczestnika wydarzenia dane osobowe tej osoby zostaną udostępnione służbom Głównego Inspektora Sanitarnego.  
5. Podanie danych osobowych w oświadczeniu o stanie zdrowia jest dobrowolne lecz nie wypełnienie oświadczenia, uniemożliwia uczestnictwo w tym wydarzeniu na Zamku.  
6. Pełna klauzula informacyjna administratora jest dostępna w kasie. **………………………** Podpis Uczestnika wydarzenia