**LISTA OBECNOŚCI UCZESTNIKÓW INICJATYWY  
W związku z zagrożeniem epidemiologicznym, realizatorzy zobowiązani są do zbierania danych kontaktowych uczestników biorących udział w wydarzeniach   
 organizowanych w ramach realizowanych inicjatyw. Odmowa podania danych dla celów epidemiologicznych jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w wydarzeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA GRUPY:** |  |
| **NAZWA INICJATYWY:** |  |
| **LIDER:** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby współpracy z Regionalnym Centrum Wolontariatu w Gdańsku,

zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000  z późn. zm.).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **DANE KONTAKTOWE**  **(TELEFON, E-MAIL)** | ***Czy w okresie ostatnich  14 dni przebywał/aPan(i) poza Polską w rejonach transmisji CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy występują u Pana(i) objawy?***  ***Gorączka powyżej 38C’ Kaszel Uczucie duszności***  **Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | **PODPIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **DANE KONTAKTOWE**  **(TELEFON, E-MAIL)** | ***Czy w okresie ostatnich  14 dni przebywał/aPan(i) poza Polską w rejonach transmisji CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy występują u Pana(i) objawy?***  ***Gorączka powyżej 38C’ Kaszel Uczucie duszności***  **Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | **PODPIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **DANE KONTAKTOWE**  **(TELEFON, E-MAIL)** | ***Czy w okresie ostatnich  14 dni przebywał/aPan(i) poza Polską w rejonach transmisji CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?*  Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | ***Czy występują u Pana(i) objawy?***  ***Gorączka powyżej 38C’ Kaszel Uczucie duszności***  **Prosimy o odpowiedź: tak/nie** | **PODPIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |