OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

Zgoda rodzica na wykonanie pomiaru temperatury ciała dziecka

Ja niżej podpisana/-y **wyrażam zgodę** na wykonanie pomiaru temperatury ciała mojego dziecka

…….

(imię i nazwisko dziecka)

w sytuacji, gdy będzie ono wykazywać niepokojące personel przedszkola objawy. Oświadczam, iż wyrażam zgodę dobrowolnie w celu zapewnienia bezpiecznego pobytu mojego dziecka oraz bezpieczeństwa innych dzieci i kadry placówki.

Administratorem zebranych danych jest Miejskie Przedszkole nr 3 „Wesoła Trójeczka" z siedzibą w Lubaczowie przy ulicy Słowackiego 16. Kontakt do inspektora ochrony danych: iod@um.lubaczow.pl

Podstawą przetwarzania danych jest zgoda – art.6 ust. 1, lit. a RODO. Temperatura mierzona będzie tylko osobom, których stan sugeruje infekcję wirusową. Dane dotyczące wyrażonej zgody zostaną usunięte po zakończeniu roku szkolnego. W związku z przetwarzaniem danych przysługują Państwu następujące prawa:

a) prawo dostępu do danych osobowych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych (art. 15 RODO),
b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO),
c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych osobowych (art. 17 RODO),
d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych osobowych (art. 18 RODO),
e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych Pani/Pana dotyczących, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie art. 6 ust.1 lit. e RODO (art. 21 RODO).

Przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Dane będą udostępniane Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Dane nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw i organizacji trzecich. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich nie podanie uniemożliwi bezpieczne warunki pracy placówki.

……

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna)