**OŚWIADCZENIE STUDENTA DOTYCZĄCE REALIZACJI PRAKTYK W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W KIELCACH**

**W STANIE EPIDEMII SARS-COV-2**

Dane studenta: …………..……………………………….. (imię i nazwisko)

 ……………………………….. (dana identyfikująca – numer PESEL)

Miejsce odbywania praktyk (klinika/oddział): …………………………………………..

Okres realizacji praktyk: ……………………………………………………….…………

Przed rozpoczęciem realizacji przeze mnie praktyk studenckich we wskazanej wyżej Klinice / Oddziale udzieliłam/em prawdziwych oraz wyczerpujących odpowiedzi na pytania, które były mi zadawane w przedmiocie:

1. mojego aktualnego stanu zdrowia,
2. kontaktu z osobami podejrzanymi o zakażenie lub zakażonymi SARS-CoV-2, przebywającymi w kwarantannie, w izolacji, podróży zagranicznej,
3. wszelkich okoliczności, które według mojej wiedzy mogą mieć znaczenie dla oceny mego stanu epidemiologicznego.

Jestem świadoma/y, że niepoinformowanie o zakażeniu SARS-CoV-2 lub istotnych z punktu widzenia epidemiologicznego okolicznościach, o których mowa w ust. 1 lit. a-c, może skutkować odpowiedzialnością karną za narażenie osoby zdrowej na zakażenie oraz za szerzenie zagrożenia epidemiologicznego.

Oświadczam, iż zostałam/em pouczona/ny oraz mam świadomość:

1. aktualnej sytuacji epidemiologicznej – ogłoszonego stanu epidemii SARS-CoV-2 i związanego z tym zagrożenia;
2. możliwości kontaktu z osobą zakażoną na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach;
3. że w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach obowiązują zarządzenia, standardy, procedury, wytyczne, itp. wydane na podstawie obowiązujących przepisów prawa i zaleceń właściwych służb – w tym Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Ministra Zdrowia oraz o tym, że na moją prośbę mogą mi zostać one okazane do zapoznania się z ich treścią;
4. że pomimo stosowania się przez personel do obowiązujących zarządzeń, standardów, procedur, wytycznych, itp. istnieje ryzyko zakażenia lub narażenia na kontakt z osobą zakażoną.

…………………………………………

 (data i podpis)

**UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem ………………………………….. na podstawie art. 29 i art. 32 ust. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 - RODO) w zw. z art. 1 ust. 1 Ustawy z dnia
10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. 2018 r. poz. 1000) **upoważniam Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach** do przetwarzania danych osobowych w celach związanych z realizacją programu praktyki.

…………………………………………

 (data i podpis)