

OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO UCZĄCEGO SIĘ W SZKOLE POLICEALNEJ

Ja,.....
(Imię i nazwisko)

Oświadczam, że:

Lp.	Wytyczne	Podpis
1.	Przyjmuję na siebie odpowiedzialność majątkową za otrzymane do użytku urządzenia i przedmioty na okres zamieszkania w Internacie CKZiU „Medyk”. W przypadku zaginięcia, uszkodzenia lub zniszczenia mienia, będącego własnością CKZiU „Medyk”, wyrażam zgodę na zapłatę ustalonej wartości.	
2.	W przypadku otrzymania przez mieszkańca Internatu zwolnienia lekarskiego powyżej 3 dni, zobowiązuję się do zgłoszenia tego faktu Wychowawcy Internatu w celu odpisania stawki żywieniowej (w przypadku pobytu w domu w czasie trwania choroby). Brak zgłoszenia powoduje naliczanie dziennej stawki żywieniowej i nie podlega zwrotowi.	
3.	Zobowiązuję się do terminowych opłat za pobyt i wyżywienie w Internacie. Rezygnacja z zamieszkania w Internacie jest możliwa po uprzednim powiadomieniu o niej Wicedyrektora Szkoły lub Wychowawcę w Internacie, z minimum dwutygodniowym wypowiedzeniem. W przypadku nie dotrzymania tego terminu, zobowiązuję się do opłaty za Internat za miesiąc następny.	
4.	Akceptuję warunki pobytu w Internacie. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Internatu CKZiU „Medyk” i wyrażam zgodę na respektowanie go.	
5.	Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała, w wypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych. Badanie będzie wykonane przez osobę upoważnioną, zgodnie z zasadami BHP.	
6.	Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wykroczenia przeciwko prawu, naruszenia Regulaminu Internatu lub procedur obowiązujących w Internacie, a w szczególności: spożywania alkoholu, przebywania na terenie internatu pod wpływem alkoholu, zażywania środków odurzających, palenia	

	papierosów i e-papierosów, kradzieży, niszczenia mienia, agresywnego zachowania wobec mieszkańców lub wychowawców, naruszenie przepisów bhp i ppoż., może ponieść konsekwencje karne (wynikające z kodeksu karnego) oraz konsekwencje wynikające z Regulaminu Internatu, np. skreślenie z listy mieszkańców.	
7.	Wyrażam zgodę na wezwanie pomocy medycznej, w razie wystąpienia u mnie niepokojącego stanu chorobowego.	
8.	W przypadku nagłego zdarzenia, zagrażającego zdrowiu lub życiu: - wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, - wyrażam zgodę na leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, - wyrażam zgodę na leczenie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,	
9.	Wyrażam zgodę na przebywanie poza teren Internatu w godzinach zgodnych z regulaminem. Biorę pełną odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo w drodze do domu.	
10.	Choruję na chorobę przewlekłą. Choroba i przyjmowane leki:.....	

Podstawą przetwarzania danych osobowych uczniów i ich rodziców jest ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz.U. z 2017 r. poz.2198), ustawy Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 59) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U. z 2017 r. poz. 1646).

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz.U. z 2018r. poz. 1000).

Informuję, że ma Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia.

Czas przechowywania danych: 5 lat.

.....**Gorzów Wlkp.**

Podpis.....