



Poniższe pola wypełnia organizator

--	--	--	--	--

Numer startowy

Godzina Startu

Miejscowość

data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia ww. imprezy i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – Administratorem danych osobowych jest AZS Warszawa ul. Szpitalna 5 m 19 00-031 Warszawa. warszawa@azs.pl; 22 828-59-55. Celem przetwarzania poniższych danych jest określenie poziomu kondycji fizycznej danego uczestnika zgodnie z tabelami Coopera oraz zamieszczenie wyniku na stronie internetowej www.testcoopera.pl (co jest nieodłącznym elementem tych zawodów). Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne do udziału w wydarzeniu. Dane będą przetwarzane w czasie trwania projektu testcoopera.pl i mogą służyć do tworzenia analiz statystycznych oraz anonimowej rejestracji w Narodowej Bazie Talentów (dane: data urodzenia, waga, pokonany dystans).

DANE UCZESTNIKA

Imię			
Nazwisko			
Szkoła/Uczelnia/Drużyna			
Data urodzenia	RRRR / MM / DD	Wiek (lata)	Przebyty dystans (metry) wypełnia organizator

.....
Podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Ja niżej podpisana / podpisany, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby wskazanej w górnej części niniejszej deklaracji i wyrażam zgodę na jej udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia TESTU COOPERA DLA WSZYSTKICH. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych ww. osoby w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie) zgodnie z oświadczeniem powyżej, które stanowi integralną część zgody. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia ww. osoby pozwala jej na udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH.

Nazwisko		Imię	
Adres <small>(ulica, nr domu / mieszkania, kod, miejscowość)</small>			
Telefon kontaktowy		Rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości	

UWAGA ! Wszystkie pola są obowiązkowe.

.....
Podpis prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana(y), w związku z chęcią udziału w jesiennej edycji Testu Coopera dla wszystkich, mając na uwadze trwający w Polsce stan epidemii¹, oświadczam, co następuje:

- jestem osobą zdrową, u której nie występują objawy chorobowe sugerujące występowanie choroby zakaźnej, w tym w szczególności choroby COVID-19 wywołanej działaniem koronawirusa SARS-CoV-2,
- w ostatnich 14 dniach przed datą rozpoczęcia zawodów nie przebywałam(łem) na kwarantannie, a także nie miałam(łem) świadomego kontaktu i nie zamieszkiwałam(łem) z osobą przebywającą na kwarantannie niezależnie od formy tej kwarantanny,
- w ostatnich 14 dniach przed datą rozpoczęcia zawodów nie miałam(łem) świadomego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2 oraz chorującą na COVID-19,
- mam pełną świadomość występującego aktualnie ryzyka związanego z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 oraz będącą konsekwencją tego zakażenia możliwością zachorowania na COVID-19,
- zobowiązuję się do zapewnienia we własnym zakresie i używania środków ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wytycznymi, dezynfekowania dłoni, przestrzegania zasad ustalonych przez organizatora oraz dbania o siebie i innych uczestników zawodów,
- zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania organizatorów o objawach chorobowych sugerujących występowanie choroby zakaźnej i poddania się wszystkim decyzjom z tego wynikającym - w tym dotyczącym wycofania z zawodów.

Imię i nazwisko

Data

Numer telefonu

Czytelny podpis*

* w przypadku uczestnika niepełnoletniego podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Podstawą pobierania powyższych danych jest wprowadzenie w kraju stanu epidemii i specustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz RODO art.9 ust.2 lit.i: "przetwarzanie [danych wrażliwych] jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową".

Dane będą przechowywane przez okres 30 dni od momentu pobrania, a następnie zostaną zniszczone.

¹ W rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570 z późniejszymi zmianami).