…………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………

(nr Prawa wykonywania zawodu)

**OŚWIADCZENIE LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY\*(zaznaczyć właściwe)**

Ja niżej podpisana/y po zapoznaniu się z załączoną poniżej informacją o treści art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845), w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 października 2020 r., oświadczam, że:

□ nie podlegam skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

□ wyrażam zgodę na przekazanie niniejszego oświadczenia *(lub informacji o złożeniu* *niniejszego oświadczenia*) do właściwych organów i instytucji odpowiadających za zwalczanie epidemii SARS-CoV-2, w tym w szczególności do właściwego wojewody i ministra właściwego do spraw zdrowia;

………………………………………………………………………

(data i czytelny podpis oświadczającej)

**Pouczenie:**

Zgodnie z brzmieniem art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 października 2020 r., skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn;

2) kobiety w ciąży;

3) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;

4) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;

5) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;

6) osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;

7) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;

8) osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1637), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

W przypadku gdy dziecko w wieku do 18 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w pkt 7 powyżej wydaje lekarz, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, 252, 568, 1222 i 1578).

**ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

 Na podstawie art. 13 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) informujemy, że:

1.Administratorem Danych Osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska, ul. Warszawska 14A/15,

 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 722 54 95.

2. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. w celu spełnienia przez Administratora obowiązku prawnego stworzenia wykazu lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zgłosili gotowość skierowana do pracy przy zwalczaniu COVID-19. Ponadto dane na temat stanu zdrowia (art. 9 ust. 2 lit a RODO) przetwarzane są na podstawie odrębnej zgody.

 3. Powyższa zgoda może zostać w dowolnym momencie wycofana, co jednak będzie skutkowało niemożnością przekazania oświadczenia o przesłankach wyłączających Pana/Panią z pracy przy zwalczaniu epidemii. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania do nich dostępu na zasadach i w zakresie przewidzianym przez odpowiednie przepisy, w szczególności właściwy wojewoda oraz minister do spraw zdrowia.

 5. Dane będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami o archiwizacji dokumentów

 6. Przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.

 7. W razie wątpliwości lub woli skorzystania z powyżej wskazanych uprawnień mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych OIL drogą korespondencyjną lub pod adresem poczty elektronicznej: gorzow@hipokrates.org

 ……………………………………………………………………………………………………

 (data i czytelny podpis lekarza składającego oświadczenie)