**INFORMOVANÝ SOUHLAS V RÁMCI GDPR**

Já níže podepsaný

***Jméno a příjmení: Narozen:***

***Trvale bytem:***

tímto uděluji souhlas společnosti:

**Charita Uherské Hradiště**, se sídlem **Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště**, IČ: **44018886**,

zapsané ve veřejném rejstříku evidovaných právnických osob pod číslem: **8/1-02-732/1996**, registrované Úřadem pro ochranu osobních údajů pod číslem: **00004806/001** (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona **110/2019 Sb. (Zákon o zpracování osobních dat)** zpracovávala tyto osobní údaje:

* jméno a příjmení
* datum narození
* adresa trvalého pobytu
* sociální anamnéze

Výše uvedené údaje je nutné zpracovat za účelem poskytování sociální služby v rámci výše uvedené organizace. Tyto údaje budou Správcem zpracovány po dobu stanovenou Spisovým a skartačním řádem organizace a to maximálně po dobu **10** let od ukončení poskytování sociální služby.

S výše uvedeným zpracováním uděluji svůj výslovný souhlas. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to například zasláním dopisu na výše uvedené kontaktní údaje organizace

Zpracování osobních údajů je prováděno Správcem, osobní údaje pro Správce mohou zpracovávat i tito zpracovatelé:

* Poskytovatel softwaru WebCarol
* Případně další poskytovatelé zpracovatelských softwarů, služeb a aplikací, které však v současné době společnost nevyužívá.

Upozorňujeme Vás, že podle zákona o ochraně osobních údajů máte právo:

* vzít souhlas kdykoliv zpět,
* požadovat informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme a aktualizovat je
* v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

**Žadatel o sociální službu: Datum narození:**

**Trvalé bydliště:**

**Vyjádření lékaře:** zájemce je k azylovému bydlení

 způsobilý nezpůsobilý z důvodu: a) b) c)

Datum:……………….................. Razítko a podpis lékaře:…………………………………………

***Poznámka:***

*Dle §91 odst. 4 z.108/2006 Sb. je zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby povinen předložit poskytovateli posudek praktického lékaře o zdravotním stavu. Dle §36 vyhlášky 505/2006 Sb., se poskytnutí pobytové služby vylučuje, pokud:*

***a)****zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení*

***b)****osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci*

***c)*** *chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití*

Žádost o poskytnutí sociální služby

**Zaměstnán:** ano – ne **Zaměstnavatel:**

**Evidován na ÚP:** ano – ne **Ode dne:**

**O ubytování jsem žádal již dříve:** ano – ne

**Důvod žádosti:**

**+Sociální dávka:** ………………………… ,-Kč **+Důchod:** …………………………………,-Kč / ČID - PID - SD

**Podpisem žádosti stvrzuji, že jsem byl informován, a souhlasím se zpracováním osobních údajů podle GDPR**

**Datum podání žádosti: ……..……………..….….. Podpis žadatele:……………….……………..**

 ***+ nepovinný údaj***