



SLOVENSKÝ STOLNOTENISOVÝ ZVÄZ SLOVAK TABLE TENNIS ASSOCIATION

831 53 Bratislava, Černockého 6, Slovak Republic

tel. : + 421 2 4488 4042, fax : + 421 2 4488 4042, e mail: sstz1@sstz.sk



ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Meno a priezvisko osoby	
Dátum narodenia	
Adresa trvalého bydliska	
Telefonický kontakt	

Osoba, ktorá vyplnila tento dotazník **čestne prehlasuje**, že uviedla v tomto dotazníku presné, pravdivé a úplné údaje, resp. informácie a je si vedomá, že zamlčaním alebo nesprávnym uvedením údajov sa môže dopustiť priestupku na úseku verejného zdravotníctva t. j. porušenie povinnosti ustanovenej v § 1 ods. 1 písm. c) zákona č.355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a hrozí jej pokuta až do výšky 1 659, €. Zároveň v kontexte vyššie uvedeného sa môže osoba, ktorá vyplnila tento dotazník dopustiť trestného činu šírenia nebezpečnej a nákazlivej ľudskej choroby.

Osoba, ktorá vyplnila tento dotazník dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov v rozsahu meno a priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého bydliska a telefonický kontakt štatutárnemu orgánu SSTZ a to na dobu neurčitú. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom, akým súhlas udelila.

*krížikom označte len pozitívnu odpoveď

	Boli ste v posledných 14-tich dňoch v zahraničí? Ak áno, kedy ste sa vrátili?
	Boli ste v posledných 14-tich dňoch v kontakte s osobou s pozitívnym testom na COVID-19?
	Je vo Vašej domácnosti osoba s pozitívnym testom na COVID-19?
	Je vo Vašom zamestnaní osoba s pozitívnym testom na COVID-19, s ktorou ste boli v kontakte?
	Je vo Vašom okolí osoba s pozitívnym testom na COVID-19?
	Je vo Vašom okolí v karanténe osoba s podozrením na infekciu COVID-19?
	Máte dýchacie problémy, zvýšenú telesnú teplotu, kašeľ, stratu čuchu, stratu chuti?

V _____ dňa _____

Podpis hráča (zák. zástupcu)

Podpis št. orgánu SSTZ