**Załącznik nr 1** do Regulaminu uczestnictwa w *II Konferencji Katowickiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej w ramach projektu Śląskie. Zawodowcy realizowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Wydarzenia Towarzyszącego: I Wojewódzki Turniej Młodych Mechaników VR* organizowanych przez KSSE w okresie epidemii COVID-19 – *Oświadczanie uczestnika wydarzenia stacjonarnego w sytuacji epidemii COVID-19*

Miejscowość i data………………………………………….

**Oświadczenie uczestnika wydarzenia stacjonarnego  
 w okresie obowiązywania stanu epidemii wywołanej wirusem SARS-Cov-2**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..

Telefon kontaktkowy1: ………………………………………………………………….

Oświadczam, że związku z udziałem w organizowanym prze Katowicką Specjalną Strefę Ekonomiczną wydarzeniu:

*II Konferencja Katowickiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej w ramach projektu Śląskie. Zawodowcy realizowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Wydarzenie Towarzyszące: I Wojewódzki Turniej Młodych   
Mechaników VR*

1. Akceptuję „Regulamin uczestnictwa w wydarzeniach stacjonarnych organizowanych przez KSSE w okresie epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych.
3. Według mojej najlepszej wiedzy nie jestem osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2, jak również w terminie   
   14 dni poprzedzających datę wydarzenia, nie miałam/em kontaktu osobą zakażoną i/lub odbywającą kwarantannę lub objętą nadzorem epidemiologicznym.
4. Poprzez wskazanie w niniejszym formularzu mojego numeru telefonu wyrażam zgodę na kontakt ze strony Organizatora na wypadek stwierdzania zakażenia SARS-Cov-2 u którejś z osób obecnych na wydarzeniu. Wiem, że podanie nr telefonu jest dobrowolne oraz że udzieloną zgodę w każdym momencie mogę wycofać.

………………………………………………………………………………………

*(czytelny podpis uczestnika)*

Oświadczam, że:

Jestem osobą w pełni zaszczepioną tak / nie

Jestem ozdrowieńcem tak / nie

………………………………………………………………………………………

*(czytelny podpis uczestnika)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1 Podanie numerutelefonu przez uczestnika jest dobrowolne**