

Kontaktformular /Gesundheitsbestätigung für Spielbetrieb
HC Lauchringen

Datum _____

Beginn/Ende _____

Name, Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

E-Mail: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich keine Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere Fieber, Husten, Durchfall/Erbrechen, Verlust des Geruch-oder Geschmacksinns und allgemeines Krankheitsgefühl) aufweise. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in engem Kontakt mit niemanden, bei dem das Coronavirus diagnostiziert wurde oder oben genannte Symptome aufwies, so betreten Sie bitte unsere Räumlichkeiten nicht. Mehrfachsitzeplätze dürfen nur von Personen gemäß der Corona-VO §9 Abs. 2 genutzt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zum entsprechenden Personenkreis gehöre.

Unterschrift: _____

Hinweise zum Datenschutz: Wir sammeln die oben genannten Informationen, um festzustellen, ob Sie den Veranstaltungsort betreten dürfen. Unsere Verarbeitung dieser Daten basiert auf dem öffentlichen Interesse im Bereich der öffentlichen Gesundheit und dem Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art.9 Abs.2 lit.DSGVO LV.m §22 Abs. 1 Nr.1 lit.c BDSG. Eine begrenzte Anzahl von Mitarbeitern des HC Lauchringen wird auf diese Daten zugreifen. Diese Daten werden höchstens für einen Zeitraum von vier Wochen nach Erhebung vom HC Lauchringen aufbewahrt und danach umgehend vernichtet. Sie haben ein Recht auf Löschung der Daten und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung, es sei denn der HC Lauchringen kann zwingende, schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen.