

SVEDECTVO POŠKODENÉHO

Osobné údaje poškodeného¹:

Titul, meno a priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

Korešpondenčná adresa, ak je iná ako adresa trvalého pobytu:

Kontaktné telefónne číslo:

Kontaktná emailová adresa:

Oblasť podmienenia alebo obmedzenia vykonaním antigénového testu alebo RT-qPCR testu:

Tu uveďte v akej oblasti prišlo u Vás k vynucovaniu vykonania antigénového testu alebo RT-qPCR testu, napr.:

- a) podmienenie poskytnutia zdravotnej starostlivosti v nemocnici alebo inom zdravotníckom zariadení, osobitne ak ide o separáciu matky a dieťaťa po pôrode alebo život ohrozujúce hospitalizácie,
- b) bola odmietnutá školským zariadením (najmä pokiaľ ide o povinnú školskú dochádzku) možnosť prezenčnej výučby žiaka,
- c) bolo v obchodoch a prevádzkach služieb vyžadované od zákazníkov potvrdenie o vykonaní testu ako podmienka vstupu, nákupu alebo využitia služby,
- d) negatívny test bol vyžadovaný ako podmienka na výkon povolania,
- e) bol vyžadovaný negatívny test zložkami Policajného zboru alebo Armády SR,
- f) iné (uveďte čo).

Popis skutkového stavu:

Tu opíšte čo Vás viedlo k tomu, aby ste sa dali testovať, kedy, koľkokrát a akými testami ste sa dali testovať, aké následky to malo na Vaše zdravie (presne opíšte problémy a bolesti). Opíšte aj pocity poníženia, menejcennosti alebo znásilnenia v dôsledku nedobrovoľného testovania, ak ste také niečo cítili... Rovnako tu napíšte mená osôb, ktoré od Vás vynucovali testovanie, vrátane ich povolania, zamestnávateľa, pozície, funkcie... (uveďte všetky údaje, čo o nich viete).

Zoznam dôkazov:

- Tu uveďte zoznam súborov s naskenovanými listinnými dôkazmi, napr. lekárske správy, v ktorých sú opisované Vaše zdravotné alebo duševné problémy,
- Tu uveďte listinné dôkazy, audionahrávky, videonahrávky (vrátane ich prepisov), ktoré máte k dispozícii a súvisia s vynucovaním vykonania antigénového testu alebo RT-qPCR testu.

¹ Vyhlásenie o ochrane osobných údajov prikladám v prílohe.

Zoznam vyhlásení svedkov potvrdzujúcich Vaše zdravotné problémy vyvolané testovaním:

- Ak máte svedkov (rodina, priatelia...), ktorí vedia potvrdiť Vaše zdravotné problémy vyvolané testovaním, tak tu uveďte zoznam ich vyhlásení (Vo vyhlásení uvedú svoje osobné a kontaktné údaje tak ako Vy, vyhlásenie o tom, že potvrdzujú také alebo onaké poškodenie Vášho zdravia, dátum, miesto podpísania vyhlásenia, meno, priezvisko a vložený naskenovaný podpis).

Všetky súbory pošlite ako prílohu emailu.

Vdňa.....

tu vložiť naskenovaný podpis

titul, meno, priezvisko

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Meno/priezvisko:

Dátum narodenia: (ďalej len „dotknutá osoba“)

Nižšie podpísaná dotknutá osoba dávam súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle § 5 písm. a) a v zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Prevádzkovateľovi:

Prevádzkovateľ: **Weis & Partners s.r.o.**, Ivánska cesta 30/B, 821 04 Bratislava

IČO: 47 234 776

V rozsahu: predloženého svedectva poškodeného vrátane všetkých príloh.

Na účel: uloženia osobných údajov v databáze poškodených a jeho sprístupnenie Medzinárodnému trestnému súdu v Haagu alebo jeho podriadeným organizáciám.

Súhlas poskytujem na obdobie² päť rokov.

Vdňa.....

tu vložiť naskenovaný podpis

titul, meno, priezvisko

² V zmysle § 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov, ktoré sa jej týkajú. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním; pred poskytnutím súhlasu musí byť dotknutá osoba o tejto skutočnosti informovaná. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila