

Fragebogen Einkäufer*innen



Angaben zur Person			
Name, Vorname			
Straße – Hausnummer			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Telefon/Mobil			
eMail			
Bereits als Freiwillige*r registriert	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte Mitglied im Freiwilligenzentrum Straubing e.V. werden	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Mithilfe:			
Ich kann einkaufen: Auslagen werden ersetzt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich kann ausfahren: Fahrkostenerstattung 30ct/km	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kommentar			

Ich kann zu folgenden Zeiten einkaufen:				
<input type="checkbox"/>	07:00 – 10:00	<input type="checkbox"/>	10:00 – 13:00	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Bestätigung	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige meine Kontaktdaten
<input type="checkbox"/>	Ich akzeptiere die Datenschutzerklärung des Freiwilligenzentrum Straubing

Ort, Datum

Unterschrift

Abfrage zum möglichen Einsatz „Hilfe und Engagement in Zeiten von Corona“

Ihre eigene Gesundheit sowie die unserer Mitmenschen stehen an oberster Stelle. Daher bitten wir Sie nach bestem Wissen und Gewissen zu überprüfen, ob Sie die Kriterien für ein sicheres und gesundheitlich risikoarmes Engagement erfüllen.

Hiermit bestätige ich, dass ich

- mich in den letzten vier Wochen **nicht** in einem Risikogebiet aufgehalten habe: Landkreis Heinsberg (NRW), Italien, Iran, China, Südkorea, Frankreich, Österreich, Spanien, USA;
- in den letzten vier Wochen **nicht** in Kontakt mit infizierten Personen war;
- **keine** Symptome für eine Corona-Infektion aufweise;
- an **keiner** relevanten Vorerkrankung/Kondition leide, die mich selbst zur Risikogruppe macht: Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber und der Niere sowie Krebserkrankungen – darüber hinaus **kein** unterdrücktes/ schwaches Immunsystem aufgrund einer Erkrankung oder wegen Einnahme von Medikamenten (z.B. Cortison) habe.

*Sollten sich Änderungen bei diesen persönlichen Verhältnissen ergeben, dann werde ich das Freiwilligen Zentrum Straubing **umgehend** informieren!*

Was passiert mit Ihren Daten?

- Für Ihr mögliches Engagement nehmen wir Informationen zu Ihrer Person auf. Diese speichert das Freiwilligen Zentrum Straubing in seiner Datenbank. Zweck der Speicherung ist, Ihnen Einsatzorte und Kontakte für Ihr Engagement zu vermitteln. Diese Informationen bleiben vertraulich.
- Das Freiwilligen Zentrum Straubing wird sich mit Ihnen über Ihre Kontaktdaten zu einem möglichen Einsatz telefonisch, per Mail oder per WhatsApp in Verbindung setzen.
- Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder auch Beschwerde (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht bzw. Bayer. Landesbeauftragte für Datenschutz). Diesbezüglich kontaktieren Sie uns unter info@freiwilligenzentrum-sr.de.

**Hiermit stimme ich der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu.
Ich bestätige zudem, die Kriterien für ein sicheres und risikoarmes
Engagement zu erfüllen.**

Datum

Unterschrift