

# Samtycke för behandling av känsliga personuppgifter

## Hälsouppgift

Dataskyddsförordningen artikel 9, punkt 2d ger församling laglig rätt att samla in känsliga personuppgifter, utan att behöva samtycke från den registrerade. Vi får inte lämna ut dina uppgifter till tredje part utan ditt samtycke.

Verksamhetsnamn:

Ansvarig ledare:

Datum från:

Datum till:

Vi samarbetar med:

**Allergier, intolerans:** Vi behöver veta vad du inte tål, ex mat eller insektsbett, och vad vi behöver göra om du trots allt skulle komma i kontakt med det.

**Medicinsk information:** Vi behöver veta om det är något särskilt i ditt hälsotillstånd som behöver speciell anpassning, eller om du har speciella behov av något slag.

---

---

---

När det gäller församlingens verksamhet har vi laglig rätt att registrera allmänna personuppgifter som behövs för verksamheten. Vid detta specifika arrangemang finns behov av att samla in information om allergier eller andra viktiga uppgifter om ditt hälsotillstånd. För detta behövs ditt uttryckliga samtycke.

### Vilka uppgifter skall användas?

Ditt namn, telefonnummer, epostadress och uppgifter om ditt hälsotillstånd kan komma att kommuniceras till berörda ledare, köksansvariga eller externt företag. All information som kan knytas till en persons hälsotillstånd hanteras med extra försiktighet. Om möjligt begränsas vilka som har möjlighet att se uppgifterna, till exempel genom att informationen exkluderas från vanliga deltagarlistor och bara lämnas ut som sammanställda siffror till restauranger eller matansvariga.

### Hur länge gäller detta samtycke?

När den utsatta tiden i dokumentet upphör så upphör även detta samtycke. Du kan själv upphäva samtycket genom att kontakta ansvarig ledare.

### Informationens bevarande och radering

När samtycket upphör skall all vår information om dina hälsouppgifter makuleras. Om informationen har lämnats till ett externt företag skall alla dessa uppgifter hos företaget makuleras. Informationen får inte arkiveras.

*Undertecknad har läst villkoren och samtycker av fri vilja till att Johannebergs Equmeniakyrka får använda mina personuppgifter enligt ovan.*

Ort

Datum

Signatur

Namnförtydligande

Detta formulär skall makuleras när samtycket upphör!