

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Oświadczam, że:

- nie mam infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną;
- nie zamieszkuję z osobą przebywającą na kwarantannie i/lub izolacji oraz nie miałam/em kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19 w okresie ostatnich 14 dni.

Wyrażam zgodę na:

- pomiar temperatury ciała;
- przekazanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie, w przypadku konieczności udostępnienia tych danych służbom sanitarnym, w celu przeprowadzenia wywiadu epidemiologicznego.

Mam świadomość, że od mojego odpowiedzialnego zachowania zależy zdrowie innych osób. Zapoznałam/em się z treścią powyższego oświadczenia, rozumiem jego znaczenie prawne, akceptuję jego treść, na dowód czego składam swój podpis jak poniżej.

.....

(data i podpis)