

Oświadczenie w związku z COVID -19

Imię i nazwisko

Pesel..... nr. Tel/kontaktowy.....

W związku ze stanem epidemii – COVID -19 oświadczam, że w ostatnich 14 dniach (skreślić niepotrzebną odpowiedź)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Nie jestem chory/a na Covid -19 | TAK | NIE |
| 2. Nie jestem objęty/ta kwarantanną w zw. z COVID -19 | TAK | NIE |
| 3. Nie miałem/am kontaktu z osobą chorą lub objętą kwarantanną w zw. z COVID-19 w ostatnich 14 dniach | TAK | NIE |
| 4. Jestem skutecznie zaszczepiony (posiadam kartę szczepienia przeciw COVID -19),
jestem ozdowieńcem (medyczne potwierdzenie kodem QR) | TAK | NIE |

Oświadczam, że podane przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. wskazań lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z COVID-19, może spowodować zagrożenie epidemiologiczne. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Data i podpis: