

OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE
(wypełnia osoba dorosła w imieniu własnym)

Oświadczam, że:

- w okresie ostatnich 14 dni nie zdiagnozowano u mnie zakażenia wirusem SARSCoV-2, ani występowania choroby COVID-19;
- w okresie ostatnich 14 dni nie miałem/am żadnego z objawów choroby COVID-19 (np. gorączka; uporczywy kaszel; utrata smaku lub węchu; duszność);
- w okresie ostatnich 14 dni nie miałem/am bliskiego kontaktu z osobą, u której stwierdzono występowanie choroby COVID-19 lub podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- nie przebywałem/am na kwarantannie ani pod nadzorem epidemiologicznym z powodów związanych z występowaniem epidemii wirusa SARS-CoV-2;

imię i nazwisko	
nr telefonu	

Data i podpis