

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Adres do kontaktu

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA W ZWIĄZKU Z COVID-19

Niniejszym oświadczam, że

- 1) według mojej najlepszej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem,
- 2) nie przebywam na kwarantannie ani pod nadzorem epidemiologicznym oraz w okresie ostatnich 14 dni nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem.

Podpis