

Oświadczenie o przestrzeganiu zasady ograniczania i rozprzestrzeniania się wirusa:

Ja niżej podpisana/podpisany w imieniu własnym i/lub dziecka oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 14 dni nie powróciłam/łem z obszaru, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19.
2. W okresie ostatnich 14 dni nie miałam/łem bliskiego kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19. Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19
 - bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki)
 - bezpośredni kontakt z zakaźnymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)
 - przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą
 - przez dowolny czas przebywania w odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 min w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej
 - kontakt personelu medycznego z chorym z COVID-19
 - sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia
 - uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19
 - kontakt na pokładzie zbiorowych środków transportu, obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19
 - osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczenia za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu)
 - uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.
3. Nie jestem czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogących mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej przyczyny wyjaśniającej obraz kliniczny.
4. Oświadczam iż nie występuje u mnie i/lub mojego dziecka – gorączka, kaszel, duszności.

Imię i nazwisko :

nr telefonu:

data i podpis

- W imieniu dziecka wypełnia rodzic