

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA PRACOWNIKA

1. Data złożenia oświadczenia
2. Imię i nazwisko pracownika
3. Podstawowe informacje:
 - a/ czy pracownik ma dobre samopoczucie? TAK / NIE *
 - b/ czy pracownik zaobserwował u siebie którykolwiek z wymienionych objawów ? podwyższona temperatura ciała, kaszel, katar, duszności, biegunka, utrata smaku lub węchu, utrata apetytu, osłabienie, żadne wymienione objawy nie występują.*
4. Czy pracownik lub członkowie wspólnie zamieszkującej rodziny mieli kontakt z osobą wykazującą objawy przeziębienia? TAK / NIE*
5. Czy pracownik miał kontakt z osobą u której stwierdzono COVID-19, albo z osobą która przebywała na kwarantannie, albo sam był skierowany do izolacji domowej lub kwarantanny? TAK / NIE* W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy wypełnić pkt 9.
6. Wyrażam zgodę na codzienny pomiar temperatury ciała w okresie pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy we Włocławku : TAK / NIE*
7. Mając na uwadze ochronę własnego zdrowia przed zachorowaniem na COVID-19 przyjmuję do wiadomości i stosowania zasady zachowania i postępowania w czasie pracy w Środowiskowym Domu Samopomocy we Włocławku wynikające z Procedury bezpieczeństwa i wytycznych związanych z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniom wirusem sars-cov-2 i zwalczaniem Covid-19 stanowiących załącznik do Polecenia Nr 4/2020 Dyrektora ŚDS z dnia 25.05.2020r. zmienionego Poleceniem Nr 6/2020 Dyrektora ŚDS z dnia 03.07.2020r. oraz Poleceniem Nr 3/2021 z dnia 30.11.2021r. : TAK / NIE*
8. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek objawów chorobowych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako osobę do kontaktu wskazuję
.....
(nazwisko i imię wskazanej osoby, tel. kontaktowy)
9.
(należy podać datę i rodzaj kontaktu, czy i kiedy została powiadomiona odpowiednia stacja sanitarno-epidemiologiczna i czy w związku z tym istnieje obowiązek izolacji domowej lub kwarantanny, jeśli tak to do kiedy)
.....
.....
.....
.....

*Właściwe podkreślić

.....
(data i podpis czytelny pracownika)

.....
(podpis pracownika ds.kadr)

Drugostronnie podpisane oświadczenie składam w dniu:

[illegible]