

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

1. Data złożenia oświadczenia .....
2. Imię i nazwisko uczestnika .....
3. Podstawowe informacje:  
a/ czy uczestnik ma dobre samopoczucie? TAK / NIE \*  
b/ czy uczestnik zaobserwował u siebie którykolwiek z wymienionych objawów ? proszę podkreślić właściwy objaw : podwyższona temperatura ciała, kaszel, katar, duszności, biegunka, utrata smaku lub węchu, utrata apetytu, ból gardła, osłabienie, żadne wymienione objawy nie występują.\*
4. Czy uczestnik miał kontakt lub mieszka wspólnie z osobą wykazującą objawy przeziębienia? TAK / NIE\*
5. Czy uczestnik 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 KS „Rozumiem i wspieram” funkcjonującym w strukturze Środowiskowego Domu Samopomocy we Włocławku : TAK / NIE\*
7. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek objawów chorobowych w czasie pobytu w KS jako osobę do kontaktu wskazuję

.....  
( nazwisko i imię wskazanej osoby, tel.kontaktowy)

8. Mając na uwadze ochronę własnego zdrowia przed zachorowaniem na COVID-19 przyjmuję do wiadomości i stosowania zasady zachowania i postępowania w czasie pobytu w KS „Rozumiem i wspieram” wynikające z Procedury bezpieczeństwa i wytycznych związanych z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniom wirusem sars-cov-2 i zwalczaniem covid-19 stanowiących załącznik do Polecenia 5/2020 Dyrektora ŚDS z dnia 29.05.2020r., zmienionego Poleceniem Nr 7/2020 Dyrektora ŚDS z dnia 06.07.2020r. oraz Poleceniem Nr 4/2021 z dnia 03.12 2021r.: TAK / NIE\*

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 uczestnika/opiekuna prawnego)

.....  
( czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

