ZANMED
RODZINNE CENTRUM MEDYCZNE W HALINOWIE

Halinów……..
miejscowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu dzisiejszym ……. (**dzień wyznaczonej wizyty!**) stan mojego zdrowia…….
(*imię i nazwisko opiekuna)* ……... *(PESEL),* jak i stan zdrowia mojego dziecka/podopiecznego*…….
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)……(*PESEL lub data urodzenia jeżeli jak i stan zdrowia mojego dziecka/podopiecznego*)*……., nie wykazuję cech infekcji takich jak; **gorączka , kaszel, duszność, biegunka oraz nie wykazywał w ostatnich 14 dniach**.

Oświadczam również, że ani Ja, ani wyżej wspomniane dziecko/podopieczny* nie przebywaliśmy, w rejonach transmisji koronawirusa[1] oraz że w okresie 14 dni nie miałam kontaktu z osobami, z potwierdzonym zakażeniem Sars Cov-2.

Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) niezwłocznie poinformuję w przypadku pojawienia się ww objawów drogą telefoniczną lub poprzez domofon Rodzinnego Centrum Medycznego Zanmed w Halinowie personel placówki.

……..……
czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

** niepotrzebne skreślić*

[1] aktualne rejony dostępne pod linkiem www.gis.gov.pl