

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a..... oświadczam że:

1. Nie przebywam na kwarantannie i nie czekam na wynik testu na obecność **wirusa SARS-CoV-2**

2. W ostatnich 14 dniach nie miałem/miałam kontaktu z osobą zarażoną, przebywającą na kwarantannie lub czekającą na wynik testu na obecność **wirusa SARS-CoV-2**

3. W ostatnim okresie nie występowały u mnie objawy:

- gorączki > 38 stopni Celsjusza
- suchego kaszlu
- trudności w oddychaniu
- bólu mięśni
- utraty smaku lub węchu

4. W ostatnich 14 dniach nie przebywałem/przebywałam za granicą, ani nie miałem/miałam kontaktu z osobą, która przebywała za granicą

Wyrażam zgodę na odbywanie praktyk studenckich / szkolnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju w czasie trwania pandemii koronawirusa SARS COV-2.

Oświadczam również, iż będę się stosował/stosowała do reżimu sanitarno – epidemiologicznego obowiązującego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.

Oświadczam, że w pełni świadomie biorę na siebie odpowiedzialność za moją decyzję i ewentualne ryzyko wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych.

.....

Czytelny podpis