

## OŚWIADCZENIE:

Ja niżej podpisany (-a)

.....  
(imię i nazwisko, Pesel)

.....  
(adres zamieszkania)

oświadczam pod odpowiedzialnością prawną za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji, że:

- zapoznałem się z obowiązującymi w Szpitalu zasadami do stosowania na tydzień przed planowanym przyjęciem tj. od dnia.....
- przestrzegałem zaleceń wskazanych w zasadach do stosowania na tydzień przed planowanym przyjęciem , tj. od .....
- nie mam wiedzy o jakichkolwiek okolicznościach, które świadczyłyby o ryzyku zakażenia się przeze mnie wirusem COVID - 19

Oświadczam z pełną świadomością ewentualnych konsekwencji prawnych, w szczególności związanych z narażeniem na utratę życia lub zdrowia innych osób oraz ewentualną koniecznością zaprzestania lub ograniczenia pracy Szpitala, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....  
Data

.....  
Podpis

Niniejsze oświadczenie będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.