



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020

Oświadczenie nr 2 do Procedury – „Oświadczenie weryfikujące”

dnia

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIE WERYFIKUJĄCE

Oświadczenie wypełnia uczestnik* przed kursem/szkoleniem

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/Pan dodatni wynik testu w kierunku SARS-CoV-2 ? | Tak | Nie |
| 2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu w kierunku SARS-Cov-2? | Tak | Nie |
| 3. Czy otrzymała Pani/Pan szczepionkę w kierunku SARS-Cov-2? | Tak | Nie |
| 4. Czy podczas ostatnich 21 dni był/a Pan/Pani objęta przymusową kwarantanną? | Tak | Nie |
| 5. Czy ogólnie czuje się Pan/Pani zdrowo? | Tak | Nie |
| 6. Czy w ostatnim tygodniu wystąpiły u Pana/Pani objawy przeziębienia i/lub grypy? | Tak | Nie |
| 7. Czy Pan/Pani obserwuje u siebie zaburzenia odczuwania smaków i/lub zapachów? | Tak | Nie |
| 8. Czy u osób z którymi Pan/Pani miał/a styczność w ostatnich dwóch tygodniach występowały typowe objawy wskazujące na przeziębienie/grypę takie jak: | | |
| – temperatura ciała powyżej 37,3 °C włącznie | Tak | Nie |
| – ból stawów i mięśni | Tak | Nie |
| – katar | Tak | Nie |
| – kaszel | Tak | Nie |
| – ogólne osłabienie | Tak | Nie |
| 9. Czy zobowiązuje się Pan/Pani do przestrzegania procedur w zakresie ochrony osobistej i bezpieczeństwa obowiązujących podczas kursu/szkolenia? | Tak | Nie |
| 10. Czy jest Pan/Pani świadomy/a, że kurs/szkolenie odbywa się w czasie podwyższonego ryzyka epidemiologicznego? | Tak | Nie |

.....
Data i czytelny podpis uczestnika

lub

.....
data i podpis rodzica/
opiekuna prawnego

.....
w imieniu dziecka (*imię i nazwisko*)
będącego uczestnikiem kursu/szkolenia

