

**Oświadczenie nr 2 do Procedury – „Oświadczenie weryfikujące”**

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia: ..... dnia .....

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

