

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA W ZWIĄZKU EPIDEMIĄ COVID-19

• Oświadczam, że ja niżej podpisany ..... jestem zdrowy, bez  
(imię i nazwisko)  
objawów infekcji sugerujących wystąpienie choroby zakaźnej.

• Nie zamieszkuję z osobą przebywającą na kwarantannie oraz nie miałem(am) kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni poprzedzających termin warsztatów.

• Oświadczam również, że ..... jestem przygotowany(a)  
(imię i nazwisko)  
do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa związanych z zachowaniem dystansu społecznego (co najmniej 1,5 m) oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.

• W przypadku, gdy w ciągu 14 dni od dnia udziału w warsztatach wystąpią u mnie objawy zakażenia COVID-19, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie właściwe miejscowo służby sanitarne i epidemiologiczne, a także organizatora warsztatów na adres mailowy: [biuro@cdw.edu.pl](mailto:biuro@cdw.edu.pl) oraz podjąć niezbędne kroki wg wskazań GIS <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis