

### OŚWIADCZENIE

DATA I MIEJSCE		
IMIĘ I NAZWISKO		
NR TELEFONU		
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność?	TAK	
	NIE	
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK	
	NIE	

Oświadczam, iż według swojej najlepszej wiedzy nie jestem osobą zakażoną SARS CoV-2 oraz nie zostałem objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Organizatora moich danych osobowych Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu i służbom porządkowym.

DATA I CZYTELNY PODPIS

### OŚWIADCZENIE

DATA I MIEJSCE		
IMIĘ I NAZWISKO		
NR TELEFONU		
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność?	TAK	
	NIE	
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK	
	NIE	

Oświadczam, iż według swojej najlepszej wiedzy nie jestem osobą zakażoną SARS CoV-2 oraz nie zostałem objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Organizatora moich danych osobowych Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu i służbom porządkowym.

DATA I CZYTELNY PODPIS

### OŚWIADCZENIE

DATA I MIEJSCE		
IMIĘ I NAZWISKO		
NR TELEFONU		
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność?	TAK	
	NIE	
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK	
	NIE	

Oświadczam, iż według swojej najlepszej wiedzy nie jestem osobą zakażoną SARS CoV-2 oraz nie zostałem objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Organizatora moich danych osobowych Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu i służbom porządkowym.

DATA I CZYTELNY PODPIS