**O ś w i a d c z e n i e**

**osoby udzielającej NPP/NPO/ interesanta \***

**Punktu nr …………**

**przy ul. ……………………………… w Częstochowie**

**……………………………………………………………………………………………………….**

Imię i nazwisko

**……………………………………………………………………………………………………….**

Adres

**……………………………………………………………………………………………………….**

Telefon

Oświadczam, że:

1. W ciągu ostatnich 14 dni miałam/em **kontakt z osobą zarażoną** koronawirusem

**TAK / NIE\***

1. Ja oraz członkowie mojej rodziny, z którymi zamieszkuję, osoby z którymi na co dzień bezpośrednio kontaktuje się, zostały objęte **kwarantanną** lub nadzorem epidemiologicznym

**TAK / NIE\***

1. W czasie ostatnich 14 dni zaobserwowałam/em u siebie lub u osób,   
   z którymi zamieszkuję, kontaktuję się bezpośrednio takie **objawy**, jak gorączka, kaszel, katar, bóle mięśniowe lub duszności

**TAK / NIE\***

1. W okresie 14 minionych dni przebywałam/em **za granicą** Polski

**TAK / NIE\***

\*Właściwe podkreślić

Oświadczam, że zapoznałam/em się z **Procedurami postępowania w celu zapobiegania rozprzestrzeniania COVID – 19 obowiązującą w Punktach NPP/NPO w Częstochowie**   
i przyjmuję je do bezwzględnego stosowania.

W sytuacji wprowadzenia pomiaru temperatury ciała, wyrażam zgodę na dokonanie pomiaru.

Numery do szybkiej komunikacjiw sprawach zdrowotnych

……………………………………………………….……………………………………………………….

Częstochowa, dnia ……………………………… 2020r. ……………………………………………………….

miejscowość, dnia czytelny podpis składającego Oświadczenie

……………………………………………………….

czytelny podpis odbierającego Oświadczenie