

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA
KORZYSTAJĄCEGO Z USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ ŚRODOWISKOWY DOM
SAMOPOMOCY W GRYFINIE.

Ja, niżej podpisana/y

.....

imię i nazwisko uczestnika

oświadczam, że jestem zdrowy, nie mam żadnych objawów chorobowych.

1. Oświadczam również, że znane mi jest ryzyko zarażenia COVID-19 związane z pobytem w ośrodku wsparcia – Środowiskowym Domu Samopomocy w Gryfinie. W przypadku zarażenia mnie i/lub członków mojej rodziny nie będę wnosić żadnych roszczeń wobec ośrodka wsparcia.
2. Oświadczam, że znane mi są zapisy *Procedura funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy w Gryfinie w zakresie zapobiegania zakażeniu i rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19 wśród pracowników, uczestników i ich opiekunów/rodziców* i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
3. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała przy wejściu do ośrodka / samochodu/ lub wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.
4. W celu umożliwienia szybkiej komunikacji podaję numery telefonów osób do pierwszego kontaktu:

.....

5. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu i organowi prowadzącemu moich danych osobowych w przypadku zarażenia COVID-19.

.....

Data i podpis uczestnika ŚDS