

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

Ja, niżej podpisana/y opiekun prawny

.....

imię i nazwisko uczestnika

oświadczam, że moja/mój podopieczna/y jest 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 ..... 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 uczestnika 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 danych osobowych uczestnika w przypadku zarażenia COVID-19.

.....

Data i podpis opiekuna prawnego