

Wypełnia

Pacjent/Opiekun prawny

w imieniu pacjenta

.....

imię i nazwisko pacjenta

O Ś W I A D C Z E N I E

w. 7.0 : 04.2022 r.

1. Oświadczam, że jestem zaszczepiona/y przeciw COVID-19

TAK

NIE

2. Dwoma dawkami

TAK

Trzema dawkami

TAK

3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 miesięcy nie miałem/am stwierdzonego zakażenia COVID-19

TAK

NIE

4. Jestem objęty/a izolacją z powodu infekcji wywołanej koronawirusem

TAK

NIE

6. W ostatnich 10 dniach **nie** zaobserwowałem/am u siebie następujących objawów : bóle głowy, ból gardła, kaszlu, gorączka > 38°, kichania, duszność i problemów z oddychaniem, bólów mięśni, bóle brzucha, biegunki.

TAK

NIE

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

* zakreśl odpowiednie