

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že já:

Jméno a příjmení:.....

Narozen(a) dne:.....

Bytem trvale:.....

Telefon.....

jsem nepřišel(a) v předchozích 14 kalendářních dnech před návštěvou v DSS Chotělice do kontaktu s osobou nemocnou infekčním onemocněním (Covid19) nebo podezřelou z nákazy a ani mi nebylo nařízeno karanténní opatření. Nepociťuji žádný z příznaků nemoci (kašel, teplota,...).

V případě, že u mě po návštěvě DSS Chotělice propuknou uvedené příznaky, či budu pozitivně testován(a) na COVID 19, budu neprodleně informovat personál s uvedením všech podstatných skutečností pro ochranu klientů a zaměstnanců DSS Chotělice.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V.....

Dne.....

.....
podpis