



# WNIOSEK – DEKLARACJA

pacjenta/pracownika\*

**udziału w zajęciach stacjonarnych realizowanych przez  
Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Dzieci Specjalnej Troski „Dom Nadziei”  
w Ośrodku Diagnostyczno-Terapeutycznym w Krakowie, os. Zgody 4B**

organizowanych stosownie do sytuacji epidemiologicznej panującej w Polsce

**UWAGA!**

***W imieniu osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych  
wypełnia rodzic/opiekun prawny wpisując dane dziecka, a podpisując swoim imieniem  
i nazwiskiem***

Imię i nazwisko .....

Nr tel. kontaktowego .....

Adres e-mail .....

**Zgłaszam chęć udziału w zajęciach stacjonarnych w Ośrodku SDN**

1. Oświadczam, że biorąc udział w zajęciach Ośrodka Diagnostyczno-Terapeutycznego SDN

- nie przebywałem/am w rejonie transmisji koronawirusa w okresie ostatnich 14 dni

- nie przebywałem/łam z osobami objętymi nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną) w związku z COVID-19

- jestem zdrowy/-a i nie występują u mnie objawy infekcji takie jak: gorączka, kaszel, katar, ból głowy, ból mięśni, wysypka, inne nietypowe objawy (w przypadku alergii konieczne zaświadczenie lekarskie)

- a także, że wymienione wyżej objawy nie występują u żadnego z domowników

2. Wyrażam zgodę na bezdotkowy pomiar temperatury przed każdymi zajęciami

3. Akceptuję procedury bezpieczeństwa COVID-19 opracowane przez SDN dla potrzeb prowadzenia zajęć w okresie epidemii, a określone w stosownym dokumencie z którego treścią dokładnie się zapoznałem/-łam

**4. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia SDN o jakiegokolwiek zmianie w stosunku do deklaracji wymienionych w Oświadczeniu z pkt.1**

Kraków, dnia .....

.....  
czytelny podpis

- - niepotrzebne skreślić