

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. nie mam objawów występujących w chorobie COVID-19, takich jak gorączka, kaszel, duszności, ból gardła;
2. nie miałam/em bliskiego kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS – CoV-2, bądź przebywa lub przebywała na kwarantannie, (np. wspólne zamieszkiwanie, kontakt fizyczny, przebywanie w bezpośredniej bliskości);
3. nie jestem czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogącym mieć kontakt z osobami zarażonymi wirusem SARS – CoV-2;
4. nie przebywam na kwarantannie;
5. zostałam/em poinformowany o możliwym ryzyku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, które wynika ze szczególnie bliskiego kontaktu podczas pobytu w Akademii Morskiej w Szczecinie i braku wiedzy o możliwym nosicielstwie wirusa zarówno nauczyciela, pracownika administracji i obsługi, jak i osób przebywających na terenie uczelni. Jestem świadomy ryzyka i wyrażam zgodę na udział w szkoleniu na terenie Akademii Morskiej w Szczecinie;
6. jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis)