

**OŚWIADCZENIE O PRZESTRZEGANIU ZASADY OGRANICZENIA ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ  
WIRUSA COVID - 19**

Ja, niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

1. w okresie ostatnich 14 dni nie powróciłam/powróciłem z obszaru, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19
2. w okresie ostatnich 14 dni nie miałam/miałem bliskiego kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19.

Jako bliski kontakt należy rozumieć:

- zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19,
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki),
- bezpośredni kontakt z zakaźnymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą,
- przebywanie przez dowolny czas w odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej,
- kontakt personelu medycznego z chorym z COVID-19,
- sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia,
- uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych zbiorowych środków transportu, obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19,
- osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu)
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

3. Nie jestem czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogącym mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny.

4. Oświadczam, że nie występuje u mnie gorączka, kaszel, duszność.

5. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała.

**WYNIK POMIARU - 17.10.2020 r. (wpisuje członek komisji): .....**

.....  
data i podpis