**Oświadczenie COVID - 19**

**Ja niżej podpisany/a , oświadczam, że** *(właściwe podkreślić*) :

* Przejawiam/ nie przejawiam symptomów choroby COVID-19, tj. podwyższonej temperatury, kaszlu, problemów oddechowych (w tym duszności);
* W ciągu ostatnich 14 dni miałem(am) / nie miałem(am) kontaktu z osobą zakażoną;
* W ciągu ostatnich 14 dni przebywałem(am) / nie przebywałem (am) w strefie zagrożonej koronawirusem.

…….……………………….. ……..…………… …………………………….

Miejscowość, data Czytelny podpis