**Oświadczenie** **dotyczące** **stanu** **zdrowia** **uczestnika** **NOCY BIBLIOTEK**

Mój syn/córka………………………………………………………………………………………………………………

imię nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

dane kontaktowe (telefon lub adres e-mail)

oświadczam, że:

 obecnie nie występują u niej takie objawy jak: gorączka, kaszel, duszność, ból gardła, ból mięśni, wysypka, inne nietypowe objawy;

 nie jest objęty (-a) nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną) w związku z Covid -19;

 wyżej wymienione objawy nie występują obecnie u żadnego z domowników;

………………………………………..

czytelny podpis

Powyższe dane przetwarzane będą zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego oraz Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących funkcjonowania domów, centrów i ośrodków kultury w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce. Dane mogą być przekazane do wglądu Głównego Inspektora Sanitarnego oraz uprawnionych służb w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS – CoV – 2