

Imię i nazwisko Opiekuna ……………………………………………………………..

Imię i nazwisko Uczestnika ………………………………………………………………

**DEKLARACJA OPIEKUNA/UCZESTNIKA**

**związana z zagrożeniem COVID-19**

Oświadczam, że:

* zobowiązuję się do przestrzegania wytycznych związanych
z reżimem sanitarnym ZOZ w Oławie, przede wszystkim: przebywania w DDOM tylko i wyłącznie zdrowego Uczestnika, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz natychmiastowego odebrania/powrotu do domu Uczestnika z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, w czasie pobytu w placówce.
* przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w razie widocznych oznak choroby u Uczestnika, nie zostanie on w danym dniu przyjęty do DDOM i będzie mógł do niego wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych.
* wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała: przy wejściu i w trakcie pobytu w placówce Uczestnika DDOM.
* zobowiązuję się do poinformowania kierownika DDOM o wszelkich zmianach
w sytuacji zdrowotnej odnośnie zachorowania na Covid-19 w najbliższym otoczeniu Uczestnika.
* Jestem świadoma/y iż podanie nieprawdziwych informacji może narazić na izolację lub kwarantannę wszystkich uczestników DDOM wraz z personelem jak również ich rodzinami.

……………………………………………..

 (podpis Opiekuna/Uczestnika)