

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....
Imię i Nazwisko uczestnika zajęć

.....
Telefon kontaktowy i mail

.....
Data zajęć

Ja niżej podpisany oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem COVID - 19 podczas zajęć organizowanych w Uczelni Korczaka w Warszawie.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi w Uczelni Korczaka w Warszawie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że nie będę wnosił/a żadnych roszczeń w stosunku do Uczelni Korczaka w razie zakażenia wirusem COVID-19 na terenie Uczelni Korczaka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem (w szczególności: utarty węchu/smaku, gorączki, kaszlu lub duszności),
- 2) nie przebywam na kwarantannie,
- 3) w ciągu 14 dni poprzedzających zajęcia nie byłam/em w bliskim kontakcie z osobą, u której zdiagnozowano COVID-19 lub która przebywa albo przebywała na kwarantannie w tym okresie,
- 3) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia.

W przypadku gdy zostanę objęty kwarantanną lub innym środkiem związanym z Covid-19, zobowiązuję się do niepojawienia się na zajęciach oraz niezwłocznie poinformuję o tym Uczelnię Korczaka w Warszawie. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku, w szczególności za wynikłe wskutek niewykonania moich zobowiązań szkody poniesione przez Uczelnię lub osoby trzecie.

.....
Data i podpis