

## OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Ja niżej podpisany/a:

.....  
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa obowiązującymi na terenie Śląskiego Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Specjalnej Troski i Osobom z Upośledzeniem Umysłowym Oddział „Odrodzenie” 40 – 645 Katowice, ul. Radockiego 280
2. Nie miałam / em kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa w kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Nie przejawiam żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.
3. Mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19.
4. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w placówce zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
5. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia placówka zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie placówki oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
6. Pracownik **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.
7. Jestem świadom/ świadoma, że mogą u mnie wystąpić reakcje uczuleniowe na środki dezynfekujące stosowane w placówce
8. W sytuacji zarażenia się na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do Śląskiego Stowarzyszenia Pomocy dzieciom Specjalnej Troski i Osobom z Upośledzeniem Umysłowym Oddział „Odrodzenie”, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis pracownika