



PYTANIA DOTYCZĄCE COVID 19 (zaznacz właściwą odpowiedź):

1. Czy Pan/Pani lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym albo/lub kwarantanną?	TAK	NIE
2. Czy obecnie występują u Pana/Pani objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, bóle mięśni/ gardła, inne nietypowe)?	TAK	NIE
3. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną odnośnie przetwarzania danych osobowych na stronie <http://amp.bystrze.org/> .

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem wydarzenia dostępnego na stronie <http://amp.bystrze.org/materialy/regulamin/> oraz w pełni akceptuję wszystkie jego punkty.

Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy, nie jestem osobą zakażoną COVID-19, nie przebywam na kwarantannie lub pod nadzorem epidemiologicznym ani nie miałem kontaktu z osobą zakażoną COVID-19 w okresie ostatnich 2 tygodni.

Oświadczam, że rozumiem treść niniejszego dokumentu, podane przeze mnie dane są prawdziwe, a ponadto w pełni go akceptuję.

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

IMIĘ I NAZWISKO (czytelny podpis)