

ROK i STOPIEŃ STUDIÓW:

NAZWA PRZEDMIOTU:

DEKLARACJA STUDENTA W SPRAWIE ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2

Imię i nazwisko
Studenta:

Nr
indeksu:

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?

- Nie
 Tak

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od – do)

2. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą objętą kwarantanną, objętą nadzorem epidemiologicznym lub izolacją domową?

- Nie
 Tak

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana/i następujące objawy? (temperatura $\geq 37,5$ °C, kaszel, uczucie duszności, zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, inne (np. biegunka, ból gardła))

- Nie
 Tak

Ja, niżej podpisany/na, oświadczam, iż podałem/-łam świadomie powyższe informacje i ponoszę odpowiedzialność za ich zgodność ze stanem faktycznym

Data

Podpis studenta

Podpis nauczyciela potwierdzającego złożenie deklaracji

.....
r.