

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI – POBYT UŽIVATELE MIMO DENNÍ STACIONÁŘ LEDAX VITA o.p.s.

Toto prohlášení musí být vyplněno a datováno v den nástupu do Denního stacionáře Ledax Vita o.p.s.

Jméno uživatele: _____

Datum narození: ____ . ____ . 19 ____

Prohlašuji, že mi nebyla nařízena v průběhu pobytu mimo Denní stacionář Ledax Vita o.p.s. změna zdravotního režimu, není mi známo, že bych v této době přišel/a do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy CO-VID -19. Subjektivně nepociťuji známky akutního infekčního onemocnění (teplota, kašel, dušnost, bolest svalů, ztráta chuti nebo čichu, zvracení, průjem).

Čestně prohlašuji, že jsem pravdivě sdělil/a všechny údaje a beru na vědomí, že sdělením nepravdivých informací mohu ohrozit v případě možné nákazy mé osoby všechny zaměstnance a uživatele Ledax Vita o.p.s.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby mé prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom/a toho, že bych se v tomto případě dopustil/a porušení zákona 258/2000 Sb., O ochranně veřejného zdraví.

Dne ____ . ____ . 2020

Jméno a podpis