

## OŚWIADCZENIE PRACOWNIKÓW

**Oświadczam, że**

.....  
(nazwisko i imię pracownika)

1. Nie miałem/miałam kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.
2. Mój stan zdrowia jest dobry, 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. Zapoznałem/am się z obowiązującymi procedurami prowadzonych zajęć w ramach projektu *Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON – I edycja - Kluby terapeutyczne dla osób z autyzmem Klub "Uwaga dla Asa" dla dzieci, Klub "Po drodze" dla dorosłych* w okresie stanu epidemii.
4. W przypadku zaobserwowania u siebie niepokojących objawów poinformuję o tym fakcie koordynatora projektu oraz zastosuję się do wytycznych zawartych w procedurach bezpieczeństwa obowiązujących w czasie realizacji projektu *Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON – I edycja - Kluby terapeutyczne dla osób z autyzmem Klub "Uwaga dla Asa" dla dzieci, Klub "Po drodze" dla dorosłych*.
5. Podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i wiadome mi jest, że poświadczenie nieprawdy podlega odpowiedzialności karnej.

01.09.2020r. ....

(podpis / nazwisko i imię pracownika)