

WARMIŃSKO-MAZURSKI ZWIĄZEK SZACHOWY

10 – 563 Olsztyn, ul. Tadeusza Kościuszki 13 lok. 201-204

NIP: 739 378 34 73

www.wmzszach.com /e-mail: wmzszach@wp.pl

Konto bankowe:Crédit Agricole 22 1940 1076 3085 3997 0000 0000

Załącznik

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DOTYCZĄCE ZAGROŻENIA ZARAŻENIEM WIRUSEM COVID-19

Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy:

- obecnie nie występują u mnie ani u moich domowników oraz nie występowały w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji m.in. gorączka, kaszel, katar, bóle mięśni, bóle gardła;
- nie przebywam na kwarantannie ani nie pozostaję pod nadzorem epidemiologicznym;
- w ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/-am kontaktu z osobą zakażoną lub z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19 bądź z osobą pozostającą na kwarantannie lub pod nadzorem epidemiologicznym.

Oświadczam, że zastosuję wszelkie środki bezpieczeństwa związane z przeciwdziałaniem zarażeniu wirusem COVID-19. Zobowiązuję się również do przekazania informacji, gdyby w trakcie trwania Eliminacji lub w okresie bezpośrednio po wydarzeniu pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia, które mogą wskazywać na zakażenie wirusem COVID-19.

.....
Imię i nazwisko zawodnika

.....
Data

.....
Imię i nazwisko opiekuna

.....
podpis opiekuna