

Białystok,.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr telefonu

Kierunek.....

Tryb studiów.....

Poziom studiów.....

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż nie podlegam obowiązkowi kwarantanny i nie jestem pod nadzorem epidemiologicznym. Oświadczam, że nie występują u mnie objawy zdrowotne, które mogłyby wskazywać na podejrzenie zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz zgodnie z moim stanem wiedzy przez okres 14 dni nie miałem/am styczności z osobą zakażoną wirusem lub przebywającą na kwarantannie.

Zobowiązuję się do przestrzegania procedur wdrożonych przez WSMed, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem na jej terenie, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego.

Jestem świadomy/a, że w przypadku pojawienia się u mnie niepokojących objawów podczas realizacji zajęć dydaktycznych, jestem zobowiązany do natychmiastowego poinformowania o powyższym fakcie osobę prowadzącą zajęcia.

.....
Czytelny podpis