

Lubartów, dnia202.. r.

.....

zam.....

PESEL.....

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
UL. Cicha 14, 21-100 Lubartów

Oświadczenie

Ja, niżej podpisanaw związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1028 z późn. zm.) niniejszym oświadczam, że:

- 1) Podałam/-em się szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID -19 oraz posiadam ważne unijne cyfrowe zaświadczenie w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz.Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1) *,
- 2) Mam przeciwskazania do szczepienia przeciwko COVID -19 ze względu na stan mojego zdrowia oraz posiadam orzeczenie lekarskie potwierdzające ten fakt *,
- 3) Deklaruję wykonywanie na własny koszt testów antygenowych lub molekularnych w kierunku Sars-CoV-2 każdorazowo, nie później jednak niż w ciągu 48 godzin od momentu rozpoczęcia czynności zawodowych oraz przedkładania ich wyników Udzielającemu zamówienia , na każde jego żądanie*.

.....
Data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić