

**Formularz osobowy uczestnika Szkoły Rodzenia w Szpitalu Powiatowym im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.**

Ja niżej podpisany/a:

....., PESEL: .....

adres zamieszkania: .....

telefon kontaktowy: .....

**Oświadczam, że:**

- \*jestem/ nie jestem zaszczepiony pełną dawką szczepionki przeciw COVID-19\*;
- wyrażam zgodę na mierzenie temperatury ciała przed rozpoczęciem zajęć (dopuszczalna norma 37,4 stopnie C);
- aktualnie nie występują u mnie objawy ostrego zakażenia dróg oddechowych: gorączka, kaszel, duszność;
- aktualnie nie występują u mnie objawy typu: wysypka, zmiany skórne, utrata węchu, smaku, biegunka;
- nie miałem (-am) w okresie ostatnich 14 dni kontaktu z osobą objętą kwarantanną lub izolacją;
- w okresie ostatnich 14 dni nie przebywałem (-am) w krajach lub regionach, gdzie potwierdzono obecność koronawirusa SARS-COV2 (głównie Indie, Wielka Brytania, Szwecja);
- nie posiadam wiedzy o innych osobach, z którymi kontaktowałem (-am) się, które miałyby kontakt z osobami podejrzanymi o infekcję koronawirusem;
- podczas przebywania na zajęciach Szkoły Rodzenia, pomimo zastosowania procedur i środków ochrony, jestem świadomy (-ma), że może dojść do zakażenia wirusem SARS-COV2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. W pełni to rozumiem i akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań SARS-COV2;
- Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o. spełniając wymogi zachowania dystansu społecznego, egzekwując dezynfekcję rąk oraz konieczność szczelnego zakrywania nosa i ust przez uczestników Szkoły Rodzenia, nie ponosi odpowiedzialności w przypadku ewentualnego zachorowania;
- w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-COV2 u mnie lub najbliższego członka rodziny, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować przynależny SANEPID o swoim stanie zdrowia i fakcie uczestnictwa w Szkole Rodzenia;
- przyjąłem (-am) do wiadomości, iż poświadczenie przeze mnie nieprawdy – a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-COV2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenienie chorób zakaźnych będzie zgłoszone przez Szpital do odpowiednich służb.

.....  
(data i czytelny podpis uczestnika)

\*podkreśl odpowiednie