Obraz zawierający czarny

Opis wygenerowany automatycznie

**OŚWIADCZENIE DOT. STANU ZDROWIA**

Ja, niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy, nie jestem osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2, nie podlegam kwarantannie ani nie znajduję się pod nadzorem epidemiologicznym.

Wyrażam zgodę na przekazanie przez Organizatora Wydarzenia moich danych osobowych, w tym danych kontaktowych, do Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz służb porządkowych w celu przeciwdziałania epidemii w okresie do 30 dni od daty Wydarzenia.

Jestem świadoma/y obowiązku samodzielnego zaopatrzenia się w materiały ochrony osobistej oraz zobowiązuję się do ich używania podczas trwania Wydarzenia i na jego terenie.

Zobowiązuję się do zakrywania nosa oraz ust podczas trwania wydarzenia oraz zastosowania się do wszelkich wytycznych bezpieczeństwa wskazanych przez Organizatora.

Warszawa, dnia …………………………………………

telefon:

e-mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*czytelny podpis*