

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....
Imię i Nazwisko uczestnika zajęć / pracownika Akademii WSB*

.....
Nr albumu
(tylko w przypadku studentów)

.....
Telefon kontaktowy

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi w AWSB i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) według mojej wiedzy jestem zdrowy/a i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem,
- 2) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałem/am kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem,
- 3) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia.

W przypadku, gdy zostanę objęty/a kwarantanną lub innym środkiem związanym z Covid-19 oraz miałem/am kontakt z osobą zarażoną koronawirusem, zobowiązuję się do nieuczestniczenia w zajęciach oraz niezwłocznego poinformowania o tym pracownika Dziekanatu Akademii WSB. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku, w szczególności za wynikię wskutek niewykonania moich zobowiązań szkody poniesione przez Akademię WSB lub osoby trzecie.

Oświadczam, że nie będę wnosił/a żadnych roszczeń w stosunku do AWSB w razie zakażenia wirusem COVID-19 na terenie Akademii WSB.

.....
Data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić