Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

AKTYWNI+

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

UWAGA! oświadczenie wypełnia się pierwszego dnia każdej z form wsparcia oferowanej w ramach projektu

Ja, niżej podpisany (-a) .....
(imię i nazwisko)

1. Oświadczam iż w dniu rozpoczęcia wsparcia nie zaobserwowałem(-am) u siebie infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną. Przyjmuję do wiadomości, iż stwierdzenie ww. objawów zawiesza mój udział we wsparciu otrzymanym w ramach projektu.
2. Oświadczam, iż nie zamieszkiwałem (-am) z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miałem(-am) kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni poprzedzających datę rozpoczęcia wsparcia. Przyjmuję do wiadomości, iż stwierdzenie kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni poprzedzających datę rozpoczęcia wsparcia zawiesza mój udział w projekcie.
3. Zaopatrzyłem (-am) się w indywidualne osłony nosa i ust do użycia podczas wsparcia
4. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem prowadzenia wsparcia w czasie ryzyka związanego z koronawirusem SARS- Cov-2 oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
5. Jestem świadomy (-a) sytuacji epidemiologicznej w Polsce i biorę udział we wsparciu na własną odpowiedzialność.
6. W przypadku wystąpienia u mnie niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Realizatora projektu o tym fakcie.
7. Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

.....
(czytelny podpis)