

Oświadczenie

Pana/Pani - Uczestnika
korzystającego z usługi opieki wytchnieniowej
w Ośrodku Wsparcia dla Osób z Niepełnosprawnością „Benjamin”

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/a o wysokim ryzyku zakażenia koronawirusem oraz o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu zakażenia, w przypadku zachorowania.
2. Mam świadomość zagrożenia, które niesie ze sobą zakażenie koronawirusem lub/i zachorowanie na COVID -19 i zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich procedur obowiązujących w Zespole Ośrodków Wsparcia w Lublinie oraz Ośrodku Wsparcia dla Osób z Niepełnosprawnością „Benjamin” z zakresu zapobiegania i rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2.
3. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała termometrem bezdotykowym.
4. Oświadczam, że nic mi nie wiadomo o tym, abym w ostatnich dziesięciu dniach miał kontakt z osobą zakażoną koronawirusem, a także oświadczam, że nikt z członków najbliższej rodziny oraz mojego otoczenia nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby (kaszel, katar, podwyższona temperatura, bóle mięśni, utrata smaku lub węchu). O każdej zmianie w/w sytuacji natychmiast powiadomię kierownika lub innego pracownika ośrodka.
5. Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania obowiązujących w placówce procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego opuszczenia ośrodka w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce – w porozumieniu z właściwą stacją sanitarno-epidemiologiczną.
6. Zobowiązuję się do poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach w mojej sytuacji zdrowotnej oraz osób z mojego najbliższego otoczenia, w szczególności odnośnie podejrzenia lub stwierdzenia zakażeniem koronawirusem.

7. Mam świadomość, że przestrzeganie wytycznych zawartych w procedurach, w rekomendacjach i zaleceniach Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia zmniejsza, ale nie eliminuje ryzyka zakażenia koronawirusem i zachorowania na COVID-19 przeze mnie, członków rodziny oraz inne osoby, które miały ze mną kontakt.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Uczestnika:

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej