

.....  
*imię i nazwisko praktykanta*

.....  
*nazwa uczelni*

.....  
*kierunek*

*rok studiów.....,      stopień.....      semestr .....*

.....  
*nazwa oddziału /komórki organizacyjnej*

## Oświadczenie

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie miałam/em bliskiego kontaktu bez środków ochrony indywidualnej z osobą, u której potwierdzono zakażenie **SARS-CoV-2**, ani osobą przebywająca na kwarantannie czy izolacji z powodu zakażenia **SARS-CoV-2**.

Informację podaję zgodnie z aktualną wiedzą dotyczącą przenoszenia zakażenia SARS-CoV-2, mając pełną świadomość konsekwencji wynikających z podania nieprawdziwych informacji.

Jednocześnie mając na uwadze trwającą pandemię koronawirusa potwierdzam, że zapoznałem się i przyjąłem do wiadomości oraz stosowania zalecenia dla praktykanta obowiązujące w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych podania nieprawdziwych informacji, tj. odpowiedzialności karnej z art. 165 KK w zw. z §1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 19.04.2020r w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii w zw. z art. 46a i 46b Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

.....  
*data*

.....  
*podpis praktykanta*