

OŚWIADCZENIE COVID-19

O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....

Imię i Nazwisko uczestnika V Rajdu Rowerowego „Szlakiem Naszej Historii” 2021

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisany oświadczam, że mam pełną świadomość, że pomimo przedsięwzięcia przez Gminny Ośrodek Kultury w Kuryłówce wszelkich środków bezpieczeństwa udział w rajdzie rowerowym wiąże się z ryzykiem zakażenia COVID-19 w związku z czym – w przypadku zakażenia COVID-19 – nie będę wnosić wobec Gminnego Ośrodka Kultury w Kuryłówce żadnych roszczeń i pretensji.

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

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia COVID-19,
- b) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną COVID-19,
- c) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia.

.....

data

.....

czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE COVID-19

O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....

Imię i Nazwisko uczestnika V Rajdu Rowerowego „Szlakiem Naszej Historii” 2021

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisany oświadczam, że mam pełną świadomość, że pomimo przedsięwzięcia przez Gminny Ośrodek Kultury w Kuryłówce wszelkich środków bezpieczeństwa udział w rajdzie rowerowym wiąże się z ryzykiem zakażenia COVID-19 w związku z czym – w przypadku zakażenia COVID-19 – nie będę wnosić wobec Gminnego Ośrodka Kultury w Kuryłówce żadnych roszczeń i pretensji.

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

Jednocześnie oświadczam, że:

- d) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia COVID-19,
- e) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną COVID-19,
- f) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia.

.....

data

.....

czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego