

OŚWIADCZENIE

Sosnowiec, dn.....

.....
Imię i nazwisko Pacjentki/a.....
Data urodzenia.....
numer telefonu

1. Czy obecnie występują u Pani/Pana objawy przeziębienia (katar, kaszel, ból gardła, podwyższona temperatura ciała):

 TAK NIE

2. Czy przebyłam/em Covid-19 – data

.....
*Podpis badanego
rodzica lub opiekuna prawnego
w przypadku osoby niepełnoletniej*

.....
Data i podpis pracownika DKD, w którego obecności złożono powyższe oświadczenie