

.....
.....
.....

(imię i nazwisko, adres)

.....
(data, miejscowość)

Oświadczenie o braku objawów chorobowych sugerujących infekcję dróg oddechowych

Oświadczam, że ja

(imię i nazwisko pracownika szkoły)

nie mam objawów chorobowych sugerujących infekcję dróg oddechowych, a domownicy nie przebywają na kwarantannie lub w izolacji w warunkach domowych. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez szkołę tych danych zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE.L. z 2016 r. Nr 119, poz. 1).*

.....

(podpis pracownika szkoły)