|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………..Imię i nazwisko………………………………………………………………Kierunek, Wydział, rok studiów, grupa………………………………………………………………….Dzień tygodnia i godz. rozpoczęcia zajęć |  Data……….:…………………  |

**OŚWIADCZENIE**

**WYWIAD EPIDEMICZNY**

Oświadczam, że wciągu ostatnich 14 dni:

- nie miałam/em kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem;

- nie miałam/em infekcji przebiegającej z kaszlem/dusznością/gorączką;

- nie byłam/em objęty kwarantanną nałożoną przez Inspekcję Sanitarną.

:…………………………….…………………………

 Czytelny podpis