

*Załącznik nr 1*

Data ………………………..

**Oświadczenie o udziale studenta w zajęciach realizowanych w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK**

Imię i nazwisko ……………………………………………………… student/ka ……… roku

nr albumu ………, studia stacjonarne/niestacjonarne\*, kierunek ……………………………

oświadczam, że samodzielnie podjęłam/ podjąłem\* świadomą decyzję o udziale w okresie 1 czerwca do 30 września 2020 r. w zajęciach grupowych zorganizowanych na terenie Uczelni w formie zajęć symulowanych i zgłosiłam/ zgłosiłem swój osobisty udział w tych zajęciach w określonych terminach.

Zapoznałam/em się z regulaminem bezpieczeństwa i zastosuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń.

Jestem zdrowa/wy a także w ciągu ostatnich 14 dni

* + - * nie miałam/em kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem?
      * nie przechodziłam/em infekcji przebiegającej z dusznością/gorączką?
      * nie byłam/em objęta/ty kwarantanną nałożoną przez Inspekcję Sanitarną?
      * Jestem zdrowy. Nie mam gorączki, kaszlu, duszności, nie odczuwam bólu gardła i utraty węchu

………………………………………

/miejscowość, data i podpis studenta/