

Chełm, dn. ....

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Nr albumu*

## OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia:

- 1) deklaruję chęć przystąpienia do studenckich praktyk zawodowych oraz zajęć praktycznych na kierunku Pielęgniarstwo studiów I i II stopnia\*, prowadzonych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Chełmie, które odbywać się będą w jednostkach organizacyjnych **Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. kan. Kazimierza Malinowskiego w Chełmie;**
- 2) oświadczam, iż nie jestem objęta/y kwarantanną lub izolacją;
- 3) oświadczam, że w ciągu ostatnich 10 dni jak i w czasie przyjazdu do Uczelni/ **Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. kan. Kazimierza Malinowskiego w Chełmie;** byłem/em zdrowa/y, nie obserwuję aktualnie u siebie: kataru, kaszlu, gorączki, duszności, wysypki, i innych niepokojących objawów chorobowych, charakterystycznych dla zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2;
- 4) oświadczam, że zapoznałam/em się i będę przestrzegał aktualnych wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego, przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a także przepisów wewnętrznych PWSZ w Chełmie;
- 5) oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami bezpieczeństwa zawartymi w Instrukcji Sanitarnej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Chełmie oraz procedurami bezpieczeństwa obowiązującymi w **Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. kan. Kazimierza Malinowskiego w Chełmie;**
- 6) oświadczam, że zobowiązuję się spełniać wszelkie wymagania obowiązujące podczas odbywania studenckich praktyk zawodowych lub zajęć praktycznych w **Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. kan. Kazimierza Malinowskiego w Chełmie;**
- 7) oświadczam, że w związku ze stanem pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, jestem świadomy(-a) istniejącego zagrożenia i nie będę wnosił(-a) żadnych roszczeń, wynikających z ewentualnego zarażenia koronawirusem SARS-CoV-2 wobec **Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. ks. kan. Kazimierza Malinowskiego w Chełmie.**

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych, charakterystycznych dla zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, zobowiązuję się do nieprzystępowania do studenckich praktyk zawodowych lub zajęć praktycznych oraz do poinformowania o tym właściwego Działu Obsługi Studenta. W przypadku, gdyby podczas zajęć wystąpiły u mnie niepokojące objawy chorobowe, charakterystyczne dla zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, zobowiązuję się do poinformowania o tym prowadzącego studenckie praktyki zawodowych lub zajęcia praktyczne.

Jestem świadoma/y, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na zarażenie innych uczestników zajęć, w tym studentów, pracowników Uczelni, jak również ich rodziny.

Wyrażam zgodę na każdorazowe mierzenie mojej temperatury.

O każdorazowej zmianie powyższych informacji natychmiast powiadomię właściwy Dział Obsługi Studenta.

.....  
*Data, Czytelny podpis*