

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko pracownika

.....  
PESEL

.....  
Nr i seria paszportu, dot. cudzoziemca

### Oświadczenie pracownika PSONI, który zachorował na covid - 19

#### Uwaga! Dotyczy wyłącznie danych z Zakładu Pracy

Oświadczam, że otrzymałem pozytywny wynik COVID-19 i zostałem/łam objęty/a obowiązkową kwarantanną od dnia ..... do dnia .....

W trakcie świadczenia pracy w ostatnich 2 dniach pracy tj. w dniach ..... przed otrzymaniem informacji o pozytywnym wyniku miałem/łam bezpośredni kontakt (pow. 15 min.) w odległości mniejszej niż 1,5 m z pracownikami/osobami niepełnosprawnymi i ich rodzicami (należy podać imię i nazwisko):

.....  
.....

Oświadczam, że w czasie jw. bez użycia maseczki w kontakcie byłem z (należy podać imię i nazwisko):

.....  
.....

.....  
Podpis pracownika

Uwagi bezpośredniego przełożonego:

.....  
Pieczęć i podpis

.....  
(podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę  
albo osoby upoważnionej do składania oświadczeń  
w imieniu pracodawcy)