|  |  |
| --- | --- |
|  | **MAŁOPOLSKI ZWIĄZEK SZACHOWY****03-003 Kraków, ul. Śląska 5/1****tel. 693-046-440 \* 607-059-125****konto PKO BP S.A. I/O Kraków 63 1020 2892 0000 5902 0141 1297** |

*Załącznik*

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

**DOTYCZĄCE ZAGROŻENIA ZARAŻENIEM WIRUSEM COVID-19**

Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy:

* obecnie nie występują u mnie ani u moich domowników oraz nie występowały w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji m.in. gorączka, kaszel, katar, bóle mięśni, bóle gardła;
* nie przebywam na kwarantannie ani nie pozostaję pod nadzorem epidemiologicznym;
* w ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/-am kontaktu z osobą zakażoną lub z osobą podejrzaną
o zakażenie COVID-19 bądź z osobą pozostającą na kwarantannie lub pod nadzorem epidemiologicznym.

Oświadczam, że zastosuję wszelkie środki bezpieczeństwa związane z przeciwdziałaniem zarażeniu wirusem COVID-19. Zobowiązuję się również do przekazania informacji, gdyby w trakcie trwania Mistrzostw lub w okresie bezpośrednio po wydarzeniu pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia, które mogą wskazywać na zakażenie wirusem COVID-19.

 ……………………………..

 Imię i nazwisko zawodnika Data

 Podpis rodzica (opiekuna)