**OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG Gabinetu Terapii i Rozwoju**

Ja, niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19 obowiązujące w Gabinecie Terapii i Rozwoju w Legnicy i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.

2. Jestem świadoma/y, że każda osoba dorosła wchodząca do budynku Gabinetu zobowiązana

jest do dezynfekcji rąk.

3. Osoby wchodzące do poradni zobowiązane są do bezwzględnego stosowania maseczek oraz jednorazowych rękawiczek ochronnych (lub do dezynfekcji rąk), ewentualnie przyłbic lub innych środków ochrony zakrywających usta i nos. Stosowanie ochrony ust i nosa nie dotyczy, dziecka do ukończenia 4. roku życia; osoby, która nie może zakrywać ust lub nosa

z powodu stanu zdrowia, całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychicznych, niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym, znacznym albo głębokim lub osoby mającej trudności w samodzielnym zakryciu lub odkryciu ust.

4. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia mnie, moich domowników, pracowników i innych

osób przebywających w Gabinecie Terapii Rodzin, COVID-19. Jestem świadoma/y ,iż podanie

nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich przebywających w tym czasie na terenie Gabinetu wraz z ich rodzinami.

5. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.

6. W czasie przychodzenia do Gabinetu, jestem zdrowa/y. Nie mam kataru, kaszlu, gorączki, duszności, ani nie wystąpiły u mnie żadne niepokojące objawy chorobowe.

7. W ciągu ostatnich 24 godzin nie wystąpiły u mnie: gorączka, duszności, katar, kaszel, nie miałem styczności z osobami, które wróciły z zagranicy lub odbywały kwarantannę.

8. Zostałem poinformowana/y, że należy przychodzić o umówionej godzinie, w poczekalni może znajdować się jedna osoba, lub jeden rodzic z dzieckiem.

9. O każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię Dyrektora Gabinetu Terapii i Rozwoju.

10. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych w przypadku wystąpienia zarażenia COVID-19 na terenie placówki

….....................................................................................Podpis, data i miejsce