

Załącznik B do Procedury organizacji działalności Zachodniopomorskiego Ośrodka Ruchu Drogowego w Koszalinie w okresie zwiększonego reżimu epidemiologicznego wynikającego ze stanu pandemii Coronawirusa SARS – CoV – 2

**ZACHODNIOPOMORSKI OŚRODEK RUCHU DROGOWEGO
W KOSZALINIE**

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na udział w szkoleniu / kursie
w zwiększonym reżimie epidemiologicznym w związku z pandemią COVID19**

Wnoszę o udział w szkoleniu / kursie pt.....

realizowanego w terminie.....ponieważ jest to mi niezbędne w życiu codziennym.

Jestem świadomy/ma istniejącego zagrożenia epidemicznego związanego z COVID19 i dlatego zobowiązuję się, w przypadku wystąpienia jakichkolwiek symptomów zakażenia wirusem SARS-CoV-2 powstrzymać się od uczestnictwa w szkoleniu/kursie.

Oświadczam, że jestem świadomy możliwości zarażenia wirusem SARS-CoV-2 i dlatego deklaruję, że będę uczestniczyć w szkoleniu/kursie na własne ryzyko i na własną wyłączną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki dla mojego zdrowia i życia spowodowane lub pozostające w związku z epidemią, zrzekając się wszelkich roszczeń wobec ZORD i prowadzącego szkolenie/kurs z tego tytułu.

Zobowiązuję się do wykonywania wszystkich poleceń uprawnionych pracowników ZORD dotyczących przestrzegania wymogów wynikających ze zwiększonego reżimu epidemiologicznego.

W szczególności:

- Wyrażam zgodę na pomiar temperatury przy pomocy termometru bezdotykowego i przyjmuję do wiadomości, iż nie zostaną wpuszczony /a do budynku jeśli temperatura ciała przekroczy 37,5 °C;
- Wchodząc do budynku ZORD oraz w czasie trwania całości szkolenia/kursu zobowiązuję się stosować się do obowiązku posiadania osłony twarzy (nos i usta) zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Wchodząc do budynku ZORD zobowiązuję się dokonać dezynfekcji rąk dostępnym na stanowisku wejściowym środkiem dezynfekcyjnym
- Zobowiązuję się do przestrzegania wyznaczonych zasad poruszania się po ZORD.
- **Przyjmuję do wiadomości, że niespełnienie przeze mnie wymogów dotyczących używania środków ochrony twarzy oraz rękawic a także dezynfekcji rąk będzie skutkowało nie wpuszczeniem mnie do budynku ZORD.**
- **Przyjmuje do wiadomości, że warunkiem uczestnictwa w szkoleniu/kursie jest wypełnienie i dostarczenie przeze mnie do ZORD najpóźniej w dniu szkolenia/kursu wypełnionego, niniejszego oświadczenia wraz z ankietą wstępnej kwalifikacji.**

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

l.p.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ (zaznaczyć)	
1.	Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywała/a Pan/Pani/dziecko/podopieczny/któryś z domowników przebywali za granicą, w krajach objętych ograniczeniami i restrykcjami, związanymi z występowaniem wirusa SARS-CoV-2, wyszczególnionymi w obowiązujących przepisach i instrukcjach wydanych przez organy sanitarno – epidemiologiczne?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2.	Czy w okresie ostatnich 14 dni miała/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	Czy Pana/Pani dziecko/podopieczny/domownik jest obecnie objęty/a nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Czy w okresie ostatnich 14 dni występowały u Pana/Pani lub któregoś z domowników objawy infekcji / przeziębienia (katar, kaszel, gorączka, bóle mięśni, bóle gardła, gorączka, wysypka)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**ODPOWIEDŹ "TAK" NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ WYKLUCZA Z UDZIAŁU W
SZKOLENIU/KURSIE**

.....
Data

.....
Imię i nazwisko (czytelnie) / podpis