NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO SPLITSKO –DALMATINSKE ŽUPANIJE

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU I ADOLESCENTNU MEDICINU

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete- ispunjava roditelj)

IME I PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature

 da ne

2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19

 da ne

3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije

 da ne

4. Razlog dolaska\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_