

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Ja, niżej podpisana / podpisany, oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy, nie jestem osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2, nie przebywam na kwarantannie lub pod nadzorem epidemiologicznym. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się z zasadami ochrony danych osobowych w związku ze złożeniem niniejszego oświadczenia (www.ckis.konin.pl).

oświadczam również, że zapoznałam się / zapoznałem się ze SZCZEGÓLNYMI ZASADAMI ZWIEDZANIA EKSPOZYCJI WYSTAWIENNICZYCH W CENTRUM KULTURY I SZTUKI W KONINIE (www.ckis.konin.pl) związanym z przeciwdziałaniem COVID-19, akceptuję ich zapisy oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Dla celów związanych z ułatwieniem prowadzenia dochodzenia epidemicznego w zakresie SARS-CoV-2 przez służby sanitarne w związku z udziałem w Wystawie, podaję moje dane kontaktowe. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się / zapoznałam się z zasadami ochrony danych osobowych w związku z podaniem powyższych danych.

Imię i nazwisko: _____

Telefon/adres email: _____

(miejsowość, data) _____

* Odpowiednie skreślić.

podpis