

PZS
Celovška cesta 25
1000 Ljubljana

Evid. št.: _____

Izjava udeleženca/udeleženke DP 2020 (Ljubljana/Medvode)
ob izvajanju ukrepov za zavezitev širjenja COVID-19

Ime in priimek: _____, rojen/a: _____

Naslov prebivališča: _____

E-mail: _____

Kontaktna telefonska številka: _____

Spodaj podpisani/a udeleženec/udeleženka reprezentančnih vaj izjavljam:

1. V zadnjih 14 dneh nisem imel/a kateregakoli od naslednjih simptomov/znakov: povišana telesna temperatura, kašelj, glavobol, slabo počutje, boleče žrelo, nahod, težko dihanje (občutek pomanjkanja zraka), driska; oziroma sem bil/a v tem obdobju zdrav/a.
2. V zadnjih 14 dneh nisem bil/a v stiku z osebo, pri kateri je bila potrjena okužba s SARS-CoV-2.
3. Če se bodo pri meni pojavili zgoraj navedeni znaki/simptomi ali bo potrjena okužba s SARS-CoV-2 pri osebi, ki z mano biva v istem gospodinjstvu, bom ostal/a doma in se ne bom udeležil/a DP 2020.
4. S svojim podpisom zagotavljam, da so podatki resnični in da nimam zgoraj naštetih zdravstvenih težav.
5. S podpisom izjavljam, da sem na reprezentančne vaje vključen/a prostovoljno, da sem seznanjen/a s tveganjem in da bom upošteval/a vsa navodila in ukrepe za varno druženje.

Podpis udeleženca/udeleženke: _____

Kraj in datum: _____

Opombe:

1. PZS varuje osebne podatke v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.
2. V kolikor stranka ne podpiše izjave in ne izpolnjuje zgoraj navedenih pogojev, ji žal ne moremo omogočiti vstopa v vadbeni izobraževalni prostor in udeležbo na DP 2020, saj je lahko okužena in s tem ogroža zdravje ostalih udeležencev.