Gdańsk, (data)

**Oświadczenie pracownika o samoizolacji**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że przebywam w miejscu zamieszkania w związku z wystąpieniem u mnie w dniu ……………….. objawów chorobowych mogących wskazywać na infekcję SARS-CoV-2. Skontaktować się ze mną można pod numerem telefonu …………………………... Informuję, że w dniach ……………….. miałam/em bliski kontakt z następującymi pracownikami i studentami GUMed ………………………………………………… Jednocześnie deklaruję, że wrócę do pracy nie wcześniej niż po upływie 3 dni od ustania objawów chorobowych.

………………………….………………………………………………..

Data, imię i nazwisko, jednostka organizacyjna

\*niepotrzebne skreślić

Kwestię przetwarzania danych związanych z COVID reguluje klauzula informacyjna

https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/71935/Obowiazek\_informacyjny\_dot\_ograniczania\_mozliwosci\_rozprzestrzeniania\_sie\_Covid19.pdf