Gdańsk, (data)

**Oświadczenie studenta 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 ………………………………………………… (w przypadku studentów, jeśli możliwe należy podać również rok i kierunek studiów) i uczestniczyłam/em w następujących zajęciach praktycznych/laboratoryjnych …………………………………………………… Jednocześnie deklaruję, że będę uczestniczył/a w zajęciach tradycyjnych tj. w kontakcie bezpośrednim na Uczelni nie wcześniej niż po upływie 3 dni od ustania objawów chorobowych.

………………………….………………………………………………

 Data, imię i nazwisko, rok i kierunek studiów, nr indeksu

\*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