

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres e-mail

.....
Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem COVID-19 podczas kursu w ramach Uniwersytetu Otwartego UW. Zapoznałam/em się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi na Uniwersytecie Warszawskim oraz Uniwersytecie Otwartym Uniwersytetu Warszawskiego:

- <https://monitor.uw.edu.pl/Lists/Uchway/Attachments/5613/M.2020.408.Zarz.217.pdf>

- https://www.uo.uw.edu.pl/dla-sluchaczy/narzedzia_online

i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że nie będę wnosił/a żadnych roszczeń w stosunku do Uniwersytetu Warszawskiego UW w razie zakażenia wirusem COVID-19.

Jednocześnie oświadczam, że:

1) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia wirusem COVID-19,

2) nie przebywam na kwarantannie ani pod nadzorem epidemiologicznym oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną wirusem COVID-19,

3) zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Uniwersytetu Otwartego Uniwersytetu Warszawskiego w przypadku zakażenia się wirusem COVID-19.

.....
czytelny podpis