

## OŚWIADCZENIE GOŚCIA FRANCUSKO-POLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ (CCIFP)

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

- a. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.
- b. W momencie wejścia do CCIFP czuję się dobrze i nie posiadam informacji, że jestem chora/y. Nie mam kataru, kaszlu, gorączki, duszności, ani nie wystąpiły u mnie żadne niepokojące objawy chorobowe.
- c. W ciągu ostatnich 24 godzin nie wystąpiły u mnie: gorączka, duszności, katar, kaszel, nie miałam/em styczności z osobami, które wróciły z zagranicy lub odbywały kwarantannę.

Jednocześnie:

1. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u mnie w sposób bezdotykowy z zachowaniem wymaganego dystansu przed wejściem na teren biura CCIFP oraz w każdym momencie trwania spotkania.
2. Zapoznałam/em się i akceptuję procedury bezpieczeństwa oraz nowe zasady sanitarne obowiązujące w trakcie epidemii COVID-19 w siedzibie CCIFP, zgodne z wytycznymi Ministerstwa Rozwoju i Głównego Inspektora Sanitarnego i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.
3. Pomimo wprowadzonych zasad bezpieczeństwa, jestem świadoma/y możliwości zarażenia siebie i innych osób znajdujących się w biurze CCIFP koronawirusem wywołującym chorobę COVID-19. Jestem świadoma/y, że podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników spotkania wraz z pracownikami CCIFP i ich rodzinami.
4. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z przyjściem do CCIFP jako uczestnikiem spotkania, a tym samym na narażenie się na zakażenie COVID-19 jest po mojej stronie.
5. Zostałam poinformowana/y, że zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego i Administracji budynku Nowogrodzka Square powinienem zminimalizować ilość wyjść na zewnątrz budynku w trakcie trwania spotkania.
6. Zostałam poinformowana/y, iż zgodnie z procedurami obowiązującymi w CCIFP podczas całego spotkania mam zachować bezpieczny odstęp min. 2 m, posiadać maseczkę, myć i dezynfekować ręce oraz wchodzić i wychodzić wejściami do tego wyznaczonymi.
7. W przypadku gdyby wystąpiły u mnie niepokojące objawy chorobowe, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym pracowników CCIFP, stosowania się do ich zaleceń oraz udania się do wyznaczonego pomieszczenia do izolacji.
8. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu moich danych osobowych w przypadku zarażenia COVID-19, lub w przypadku konieczności odbycia kwarantanny.

.....  
Imię i nazwisko Gościa

.....  
Data i Podpis Gościa

.....  
Telefon, e-mail do kontaktu