

Bydgoszcz, dnia.....

Oświadczenie

Ja.....(imię i nazwisko) niżej podpisana/y oświadczam, że przebywałam/em na terenie Azji(podać dokładną lokalizację) w dniach : od.....do.....

Jeżeli wystąpią jedne z poniższych objawów:

gorączka, dreszcze, bóle mięśniowe, katar, kaszel oraz duszności

zobowiązuję się niezwłocznie do zgłoszenia się do:

Wojewódzki Szpital
Obserwacyjno-Zakaźny
im. Tadeusza Browicza
ul. Świętego Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz

Izba Przyjęć: tel. 52 325-56-07

Zapoznałem/am się z Zarządzeniem Rektora nr 3/R/29-01/2020

czytelny podpis