

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA**

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika wydarzenia

.....  
telefon kontaktowy

.....  
nazwa wydarzenia / data / miejsce

Ja niżej podpisany oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem SARS COV-2 podczas wydarzenia organizowanego w Muzeum Wsi Kieleckiej

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi w Muzeum Wsi Kieleckiej i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że nie będę wnosił/ła żadnych roszczeń w stosunku do MWK w razie zakażenia wirusem SARS COV-2 na terenie Muzeum wsi Kieleckiej

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem,
- 2) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem,
- 3) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia

.....  
Data i podpis