

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PGŽ

ODJEL ŠKOLSKE I SVEUČILIŠNE MEDICINE

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete ispunjava roditelj)

IME I PREZIME _____

MBO: _____

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature
da ne
2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19
da ne
3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije
da ne
4. Razlog dolaska _____
5. Ukoliko ste pratnja djetetu napišite i vaš MBO _____

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PGŽ

ODJEL ŠKOLSKE I SVEUČILIŠNE MEDICINE

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete ispunjava roditelj)

IME I PREZIME _____

MBO: _____

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature
da ne
2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19
da ne
3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije
da ne
4. Razlog dolaska _____
5. Ukoliko ste pratnja djetetu, napišite i vaš MBO _____

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____