COVID – 19 / oświadczenie CK

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA**

……………………………………………………………………..…………………………

Imię i Nazwisko uczestnika wydarzenia

…………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy

**Sesja fotograficzna z okazji 8 marca pt. „Portret Kobiety”**

Nazwa zajęć / wydarzenia

Ja niżej podpisany oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem COVID - 19 podczas sesji fotograficznej organizowanej w Centrum Kultury w Ropczycach.

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

Oświadczam, że nie będę wnosił/ła żadnych roszczeń w stosunku do Centrum Kultury imienia Józefa Mehoffera w Ropczycach w razie zakażenia wirusem COVID-19 na terenie placówki.

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

W przypadku gdy zostanę objęty kwarantanną lub innym środkiem związanym z Covid-19, nie wezmę udziału w sesji fotograficznej oraz niezwłocznie poinformuję o tym Centrum Kultury w Ropczycach. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku, w szczególności za wynikłe wskutek niewykonania moich zobowiązań szkody poniesione przez placówkę lub osoby trzecie.

…………..………..………………………………………………

Data i podpis