

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....
Imię i Nazwisko uczestnika wydarzenia

.....
Telefon kontaktowy

Sesja fotograficzna z okazji 8 marca pod tytułem „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 Centrum Kultury 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