Izjava o zdravstvenem stanju

študenta / študentke

Podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in priimek študenta / študentke)

študent / študentka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. letnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(letnik študija) (članica UM)

izjavljam:

1. da v zadnjih 14 dneh nisem imel/a kateregakoli od naslednjih simptomov oziroma znakov: povišana telesna temperatura, kašelj, glavobol, slabo počutje, boleče žrelo, nahod, težko dihanje (občutek pomanjkanja zraka), driska oz. sem bil/a v tem obdobju zdrav/a;

2. da v zadnjih 14 dneh nisem bil/a v stiku z osebo, pri kateri je bila potrjena okužba s SARS-CoV-

3. Če se bodo pri meni pojavili zgoraj navedeni znaki/simptomi ali bo potrjena okužba s SARS-CoV-2 pri osebi, ki z menoj biva v istem gospodinjstvu (najpogosteje družinski član), bom ostal(a) doma.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Če zbolite z zgoraj navedenimi znaki/simptomi ali bo potrjena okužba s SARS-CoV-2 pri osebi, ki z vami biva v istem gospodinjstvu (najpogosteje družinski član), ostanite doma in omejite stike z drugimi ljudmi. Če ste zboleli, za nadaljnja navodila pokličite izbranega ali dežurnega zdravnika. V primeru potrjene okužbe v družini ali drugega tesnega stika z okuženo osebo, boste nadaljnja navodila prejeli od epidemiološke službe. Podrobna navodila in več informacij za preprečevanje okužb so na voljo na spletni strani NIJZ.