

## FELELŐSSÉGI NYILATKOZAT

Munkavállaló neve: \_\_\_\_\_

Rendezvény neve: \_\_\_\_\_

Helyszíne: \_\_\_\_\_

Dátuma: \_\_\_\_\_

Nyilatkozat kitöltésének dátuma: \_\_\_\_\_

**Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalod-e? (Ha igen, jelöld X-szel!)**

Láz	<input type="checkbox"/>
Száraz köhögés	<input type="checkbox"/>
Légszomj / nehézlégzés	<input type="checkbox"/>
Ízlelés és szaglás hirtelen elvesztése	<input type="checkbox"/>

Jártál-e az elmúlt 14 napban külföldön? (Jelöld X-szel!)

Igen	<input type="checkbox"/>
Nem	<input type="checkbox"/>

Ha igen, hol? \_\_\_\_\_

**Kerültél-e kapcsolatba új koronavírussal fertőzött személlyel? (Jelöld X-szel!)**

Igen	<input type="checkbox"/>
Nem	<input type="checkbox"/>

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok megfelelnek a valóságnak.

\_\_\_\_\_  
Aláírás