Załącznik nr 1 do Wytycznych w sprawie wymogów dla zapewnienia bezpieczeństwa studentów i pracowników uczestniczących w zajęciach dydaktycznych

w czasie epidemii COVID-19

**LISTA OBECNOŚCI/OŚWIADCZENIE**

1. Kierunek studiów………………………………………………………………………………
2. Rok studiów……………………………………………………………………………………
3. Rodzaj zajęć/ numer grupy…………………………………………………………………….
4. Nazwa przedmiotu…………………………………………………………………………….
5. Miejsce (numer sali) data i godzina odbywania zajęć…………………………………………
6. Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia……………………………………………………….

Oświadczam, że:

* nie występują u mnie objawy infekcji COVID-19 (tj. **gorączka, duszności, kaszel, utrata węchu i smaku**);
* nie miałem kontaktu z osobami z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem ani z osobami przebywającymi na **kwarantannie (nie dotyczy osób zaszczepionych, wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.   
  o działalności leczniczej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko studenta | Podpis |
|  |  |  |

………………………… ……………………………………

Data Podpis prowadzącego zajęcia