**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO VSŽ**

**SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU**

**Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom (za dijete ispunjava roditelj)**

**IME I PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature da ne**

1. **Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19**

 **da ne**

1. **Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije**

 **da ne**

1. **Razlog dolaska\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:**

**Mjesto i datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_