Klasa: 030-01/20-01/50

Ur. broj:238/04-94-01-20-2

U skladu s „Uputama pružateljima usluga smještaja u sustavu socijalne skrbi radi sprječavanja i suzbijanja epidemije COVID-19“ Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, u cilju ostvarivanja povratka korisnika iz obitelji

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, s prebivalištem u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ime i prezime posjetitelja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, korisnika/korisnice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

srodstvo korisniku ime i prezime korisnika

**IZJAVLJUJEM**

pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da:

* korisnik nema simptome COVID-19, povišenu tjelesnu temperaturu ni respiratorne simptome,
* ja i članovi kućanstva nemamo simptome COVID – 19, respiratorne poteškoće i / ili povišenu tjelesnu temperaturu
* ja i članovi kućanstva nismo u samoizolaciji,
* ja i članovi kućanstva nismo bili u kontaktu s oboljelom osobom ili sumnjom na COVID-19.

**Navedeno potvrđujem zbog potrebe povratka korisnika**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ime i prezime korisnika

**iz obitelji** u Centar Stančić. Također, potpisom potvrđujem da sam upoznat/a s Uputama HZJZ i preporukama postupanja Centra za rehabilitaciju Stančić, te da sam se istih pridržavao/la tijekom boravka korisnika u obitelji u svrhu zašite zdravlja korisnika.

Napomena: Izjava će se pohraniti u administraciji socijalne službe Centra Stančić. Podaci će se koristiti isključivo u navedene svrhe sukladno nacionalnim i međunarodnim propisima.

U Stančiću, \_\_\_\_\_\_\_2020. godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis posjetitelja