Klasa: 030-01/20-01/50

Ur. broj:238/04-94-01-20-5

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 boravka korisnika u obitelji

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

ime i prezime posjetitelja

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

srodstvo korisniku ime i prezime korisnika

**IZJAVLJUJEM**

pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da ja i članovi moje obitelji:

* nemamo simptome COVID-19,
* nismo u samoizolaciji,
* nemamo respiratorne poteškoće i / ili povišenu tjelesnu temperaturu,
* nismo bili u kontaktu s oboljelom osobom ili sumnjom na COVID-19.

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

ime i prezime korisnika

**u obitelj** sa predviđenim trajanjem boravak u obitelji od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dana. Također, potpisom potvrđujem da sam upoznat/a s Uputama HZJZ i preporukama postupanja Centra za rehabilitaciju Stančić te ću se istih pridržavati tijekom boravka korisnika u obitelji u svrhu zaštite 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