**nyilatkozat**

Alulírott

|  |  |
| --- | --- |
| Név |  |
| Születési név |  |
| Születési hely, idő |  |
| Anyja neve |  |
| Lakcím |  |

mint

|  |  |
| --- | --- |
| Név |  |
| Születési név |  |
| Születési hely, idő |  |
| Anyja neve |  |
| Lakcím |  |

gyermek szülője/törvényes képviselője büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy családom a megelőző 14 napban nem járt COVID-19 (koronavírus) fertőzéssel érintett területen\*, nem voltunk, nem vagyunk szoros kapcsolatban ilyen területen járt személlyel.

Szoros kapcsolatban álló személynek minősül az, aki a valószínűsített vagy a megerősített COVID-19 fertőzöttel

* egy háztartásban él,
* személyes kapcsolatba került (2 méteren belüli távolság és 15 percnél hosszabb idő,
* zárt légtérben tartózkodott (2 méteren belüli távolság és 15 percnél hosszabb idő),
* közvetlen fizikai kapcsolatba került új koronavírussal fertőzött személlyel (pl. kézfogás útján),
* védőeszköz alkalmazása nélkül új koronavírussal fertőzött beteg váladékával érintkezett (pl. ráköhögtek vagy szabad kézzel ért használt papírzsebkendőhöz)
* a repülőúton
  + bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült
  + COVID-19 beteget ápolt,
  + repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott el szolgálatot,
* az előírt egyéni védőeszköz megfelelő alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett vagy laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte.

\*folyamatosan aktualizált lista a <https://www.nnk.gov.hu/> honlapon elérhető.

**Kijelentem, hogy fent megnevezett kiskorú gyermekem fertőző betegségben nem szenved.**

Tudomásul veszem, hogy a valótlan nyilatkozat büntetőjogi felelősséget vonhat maga után, továbbá, köteles vagyok a közölt adatokban bekövetkezett változást az intézmény vezetőjének haladéktalanul bejelenteni.

Hozzájárulok a személyes adatoknak a Ceredi Gesztenyéskert Óvoda Intézményfenntartó Társulása által fenntartott óvodák általi kezeléséhez.

Kelt: ……………………………………, 2020.év ……………………….. hó …. nap

……………………………………………………

nyilatkozatot tevő aláírása