**Čestné vyhlásenie o zdravotnom stave a cestovateľskej anamnéze blízkej osoby s ktorou bude prijímateľ sociálnej služby ( ďalej PSS) v styku počas prerušenia poskytovania sociálnej služby v DSS Rohov**

**Meno a priezvisko PSS :**

**Meno a priezvisko blízkej osoby PSS:**

**Trvalé bydlisko blízkej osoby PSS:**

**Vzťah k PSS ( rodinná väzba) :**

**Čestne vyhlasujem:**

1. že sa u mňa neprejavili za obdobie posledných 14 dní príznaky vírusového infekčného ochorenia (napr. nádcha, chrípka, kašeľ, sekrécia z nosa, náhla strata čuchu alebo chuti....) ,
2. nežijem v domácnosti s osobou chorou na COVID-19, alebo podozrivou z ochorenia COVID - 19,
3. ani som nebol/a s takouto osobou v kontakte,
4. v mojom blízkom okolí ( rodinnom, pracovnom, priateľskom), nie je nikto v karanténe

v súvislosti s týmto ochorením,

1. v tomto období nevycestoval žiadny príslušník rodiny do krajiny s vysokým rizikom šírenia ochorenia Covid- 19.

Som si vedomý (á) právnych následkov nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý (á), že by som sa dopustil (a) priestupku podľa §56 zákona č. 355/2007Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Rohove, dňa ...............................

 ..................................................................

 podpis blízkej osoby PSS