



Katowice dn.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem świadomy zagrożenia epidemiologicznego i dlatego zobowiązuję się w razie jakichkolwiek symptomów zakażenia COVID 19:

- podwyższonej temperatury od 37,5 C
- kaszel, trudności z oddychaniem,
- bóle stawów i mięśni,
- ból gardła, biegunka

wstrzymać się od uczestnictwa w egzaminie: mistrzowskim/ czeladniczym/ sprawdzającym w wyznaczonym terminie.

Zobowiązuję się również do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Izbę Rzemieślniczą oraz Małej i Średniej Przedsiębiorczości w Katowicach w celu wyznaczenia nowego terminu egzaminu.

Data i Podpis