

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата .....

.....

(трите имена на лицето)

Родител на .....

.....

(трите имена на детето)

### ДЕКЛАРИРАМ:

1. Нямам симптоми на заболяването COVID-19 (повишена телесна температура, кашлица, затруднено дишане, загуба на обонянието, нарушение или загуба на вкуса и др.).

2. Не съм бил в контакт с болен от COVID-19 в последните 14 дни и не съм поставен под карантина.

3. Запознат съм с епидемичната обстановка в Република България, както и с рисковете от заразяване с причинителя на заболяването COVID-19.

4. Ще спазвам противоепидемичните мерки, въведени със заповед(и) на министъра на здравеопазването на територията на Република България.

5. Запознат съм, че за неверни данни нося отговорност съгласно законодателството на Република България.

ДАТА:

ПОДПИС: