

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

## Oświadczenie kadry

Ja niżej podpisana/-y składam oświadczenie wobec Związku Harcerstwa Polskiego (nazwa chorągwi), że jestem zdrowy i nie mam przeciwwskazań medycznych do podjęcia pracy w charakterze

(funkcja/stanowisko), nie jestem leczona/-y z powodu chorób przewlekłych oraz nie przyjmuje stałych leków na choroby przewlekłe.

Uznaję celowość i wskazania do złożenia niniejszego oświadczenia oraz potencjalne zagrożenia, możliwe następstwa, które mogą wystąpić w związku z podjęciem przeze mnie pracy w charakterze (funkcja/stanowisko) i zawarciem z tego tytułu umowy zlecenia/porozumienia wolontariackiego.

Oświadczam, że nie chorowałam/-em i nie choruje na choroby przewlekłe takie jak:

- choroby układu krążenia (niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze),
- choroby naczyń mózgowych (udar mózgu),
- nowotwór,
- choroby układu oddechowego (astma, POChP),
- cukrzyca,
- otyłość,
- osteoporoza,
- choroby autoimmunologiczne;
- padaczka,
- HIV/AIDS,
- choroba nerek.

Oświadczam, że nie miałam/-em kontaktu z osobą w kwarantannie oraz osobą chorą na Covid-19, jak również sama/ sam nie byłam/-em poddana/-y kwarantannie.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe i kompletne. Przekazuje je w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

miejsowość, data

podpis składającego oświadczenie