

.....  
(nazwisko i imię pracownika)

....., dnia.....

## OŚWIADCZENIE

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2022 poz.1028), dotyczącym obowiązkowych szczepień przeciwko COVID-19 dla osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633,655 i 974) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach inne niż wykonywanie zawodu medycznego\*\*, niniejszym oświadczam, że:

- **jestem, nie jestem\* zaszczepiony/zaszczepiona\* przeciwko COVID-19 i posiadam ważne unijne cyfrowe zaświadczenie COVID**

\*-niepotrzebne skreślić

\*\*-obowiązek stosuje się do osób, które nie mają przeciwwskazań do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia