Zielona Góra, ……….……….……….

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….

*(czytelnie imię i nazwisko)*

Oświadczam, że\*:

*(\*zaznaczyć właściwe)*

**꙱** Jestem zaszczepiona/y **1 / 2 / 3 / 4** (niepotrzebne skreślić) dawką szczepionki przeciwko   
 SARS-CoV-2 i posiadam unijne cyfrowe zaświadczenie COVID.

Data ostatniego szczepienia: ……….……….……….

꙱ Jestem osobą, która przebyła COVID-19 w okresie ……….……….……….……….……….……….

Data pozytywnego testu PCR: ……….……….……….

**꙱** Mam przeciwwskazania zdrowotne do szczepienia szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 (zaświadczenie lekarskie do wglądu).

**꙱** Nie spełniam żadnego z powyższych warunków.

|  |
| --- |
| …………………………………….. |
| *(pieczątka i podpis Oferenta)* |