

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete ispunjava roditelj)

IME I PREZIME _____

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature

DA NE

2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19

DA NE

3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije

DA NE

4. Razlog dolaska _____

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____