**ЗАЯВА ( освідчення ) COVID – 19**

**Я що підписався ( -лася ) , заявляю ( підкреслити відповідь ) :**

**У мене є симптоми / у мене немає симптоимів хвороби COVID – 19 :**

* висока температура, кашель, проблеми з легеніами ( в т.ч. задишка ),
* протягом останніх 14 днів у мене **був контакт** / **не було контакту** з хворою людиною на СОVID - 19
* протягом останніх **14 днів перебував ( - ла ) / не перебував ( - ла )** в зоні ризику коранавірусу

.............................................. ....................................

МІСЦЕ І ДАТА РОЗБІРЛИВИЙ ПІДПИС