**Oświadczenie** **o konieczności odbycia kwarantanny**

Dot. kwarantanny, której podlega osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe lub zamieszkująca z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Kwarantanna ta trwa przez cały okres izolacji domownika, u którego stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 plus 7 dni po zakończeni przez niego tej izolacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Pracownika AMFN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia obowiązkowej kwarantanny (dzień, w którym domownik otrzymał informację o dodatnim wyniku testu)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data zakończenia kwarantanny (kwarantanna kończy się po 7 dniach od momentu zwolnienia z izolacji zakażonego domownika)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię, nazwisko, numer PESEL osoby zakażonej, a także dzień rozpoczęcia i zakończenia przez nią izolacji w warunkach domowych

Oświadczam, że:

* zamieszkuję/prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z wyżej wymienioną osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS\_CoV-2,
* dane podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli zmienią się, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis Pracownika składającego oświadczenie