**EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT KOLLÉGIUMHOZ**

**2023/2024.** tanév

**Kollégium megnevezése:** Dunaújvárosi Szakképzési Centrum Lorántffy Zsuzsanna Technikum és Kollégium (2400 Dunaújváros, Bocskai u 1/a.)

**Tanuló (nyilatkozattevő) adatai**

* név: …………………………………………………………………………………
* születési hely, idő: …………………………………………………………..
* lakcím: …………………………………………………………………………….
* telefonszám: …………………………………………………………………..

**Szülő neve, elérhetősége:** …………………………………………………………… 🕿 ……………………………………………….

**Nyilatkozom az elmúlt 14 napra vonatkozóan, hogy (x jelölést kell tenni a tanulóra jelenleg érvényes állításokhoz):**

 nem jártam a magyar hatóságok besorolása szerinti koronavírussal fertőzött területen

 nem voltam kontaktusban koronavírussal fertőzött személlyel

**Jelenleg**

 nem vagyok lázas

 nincs torokfájásom

 nincs fejfájásom

 nem köhögök, nincs légszomjam

 nem tapasztaltam végtagfájdalmat az elmúlt 1 hétben

 nem tapasztaltam íz-és szaglásvesztést az elmúlt 1 hétben

 nincs hányingerem, az elmúlt 1 hétben nem hánytam

 nincs hasmenésem, az elmúlt 1 hétben nem volt hasi problémám

Kijelentem, hogy amennyiben a fenti tünetek valamelyikét tapasztalom magamon, azonnal jelzem a kollégiumi ápolónak, ill. nevelőnek, s a kollégiumból való mielőbbi hazajutásomat köteles vagyok megoldani. Ha a tüneteket otthon érzékelem, a kollégiumba nem jövök vissza, míg meg nem gyógyultam. Tudomásul veszem, hogy betegség után a megfelelő egészségi állapotomat orvosi igazolással vagyok köteles bizonyítani.

Dunaújváros, …………….. év ……… hó ……. nap

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

 Tanuló (nyilatkozattevő) aláírása kiskorú tanuló esetén a szülő aláírása