# OŚWIADCZENIE

osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę

**Dane osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

 *Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer domu Numer lokalu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Kod pocztowy Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

*Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie*

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane osoby odbywającej obowiązkową kwarantannę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

 *Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Imię Nazwisko

**Dane dotyczące obowiązkowej kwarantanny**

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

od do

 *dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr*

Kwarantanna jest odbywana:

|  |
| --- |
|  |

w związku z przekroczeniem granicy

|  |
| --- |
|  |

na podstawie decyzji inspektora sanitarnego

Zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku chorobowego (płatnika składek lub ZUS) o skróceniu lub zwolnieniu mnie z obowiązku odbycia kwarantanny przez państwowego inspektora sanitarnego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 Data

 *dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*