Datum održavanja nastavne aktivnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Predavaonica/laboratorij/praktikum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nastavna aktivnost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Početak aktivnosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Završetak aktivnosti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(upisuje nastavnik)

**I Z J A V A O ZDRAVSTVENOM STANJU**

**Izjavljujem da:**

* **nemam povišenu temperaturu (iznad 37,2°C )**
* **nemam nikakve simptome koji bi upućivali na zarazu virusom Covid 19**
* **nije mi propisana mjera samoizolacije**
* **nisam u posljednjih 14 dana bio/bila u doticaju s oboljelom osobom**

Izjavljujem da sam upoznat/upoznata da Učilište provodi mjere zaštite prema važećoj Preporuci u skladu s preporukama HZJZ vezano uz zaraznu bolest COVID 19 te stoga u tu svrhu prikuplja gore navedene podatke iz ove Izjave te svojim vlastoručnim potpisom dajem privolu i suglasnost za njihovo prikupljanje i obradu, a sve sukladno Općoj Uredbi o zaštiti osobnih podataka (GDPR).

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME NASTAVNIKA/STUDENTA | POTPIS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |