

DNEVNI CENTAR ZA REHABILITACIJU

VERUDA - PULA

Vidikovac 7, Pula

Tel/fax 052/223-594

E-Mail: info.dczr@gmail.com



IZJAVA RODITELJA/SKRBNIKA - KORISNIKA USLUGA

Ovom Izjavom potvrđujem kako ću se ja _____,
(ime i prezime roditelja/skrbnika)

roditelj/skrbnik korisnika usluga DCZR Veruda - Pula _____,
(ime i prezime korisnika usluga)

pridržavati svih uputa koje je propisao Hrvatski zavod za javno zdravstvo u suradnji sa Ministarstvom za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku.

Kako slijedi:

1. Svojim potpisom potvrđujem kako moje dijete-korisnik usluga nema povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome poput gripe ili prehlade, nije pod rizikom da je mogao/mogla biti u kontaktu s osobama pozitivnim na COVID-19 niti je pod sumnjom da bi mogao/mogla biti zaražen/zaražena s COVID-19,
2. Svojim potpisom potvrđujem kako roditelji/skrbnici djeteta - korisnika usluga, kao i ostali članovi našeg kućanstva, nemaju povišenu tjelesnu temperaturu, respiratorne simptome poput kašlja i kratkog daha ili druge simptome poput gripe ili prehlade, nisu pod rizikom da su mogli biti u kontaktu s osobama pozitivnim na COVID-19, nisu pod sumnjom da bi mogli biti zaraženi s COVID-19
3. Svojim potpisom potvrđujem kako ću obavijestiti pružatelja usluga o pojavi povišene tjelesne temperature i pojavi respiratornih simptoma kod mene i djeteta - korisnika usluga, te da sam ja i/ili dijete - korisnik usluga pod rizikom mogućeg kontakta s osobama pozitivnim na COVID -19 ili kod kojih se sumnja na zarazu COVID - 19.;
4. Svojim potpisom potvrđujem kako sam u cijelosti upoznat sa uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za spriječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za pružatelje izvaninstitucijskih socijalnih usluga u sustavu socijalne skrbi objavljenim na web stranici putem linka https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/03/Smjestaj-izvaninstitucionalno_08-05.pdf i na svoju vlastitu odgovornost uključujem dijete - korisnika usluga u Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda - Pula.

Svojim potpisom pod punom odgovornošću jamčim istinitost podataka u ovoj Izjavi.

U _____

Potpis roditelja/skrbnika:

NAPOMINJEMO DA SVOJE POSTUPKE U RADU TEMELJIMO NA PREPORUKAMA HRVATSKOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO I MINISTARSTVA ZA DEMOGRAFIJU, OBITELJ, MLADE I SOCIJALNU POLITIKU ZA USTANOVE SOCIJALNE SKRBI.

Molimo vas da pažljivo pročitate **Upute za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za pružatelje izvaninstitucijskih socijalnih usluga u sustavu socijalne skrbi**, a posebno dijelove koji se odnose na **korisnike s kroničnim bolestima**.