**DNEVNI CENTAR ZA REHABILITACIJU**



**VERUDA - PULA**

Vidikovac 7, Pula

Tel/fax 052/223-594

1. 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 rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike od dana 07.12.2020.g.,

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,
 |
| 1. 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
2. Svojim potpisom potvrđujem kako ću obavijestiti pružatelja usluga o pojavi povišene tjelesne

temperature i pojavi respiratornih simptoma kod mene i dijeteta - 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.;1. Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat sa uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Ministarstva

 rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike o spriječavanju i suzbijanju 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/Upute_izvaninstitucijske_usluge_07_12_2020.pdf>1. Svojim potpisom potvrđujem da sam zaposlen i da ne radim od kuće te dok sam na poslu, odnosno u terminu

 u kojem se pruža usluga nemamo drugu mogućnost za zbrinjavanje djeteta - korisnika usluga.  |
|  |
|  |

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 RADA, MIROVINSKOG SUSTAVA, OBITELJI I SOCIJALNE POLITIKE.**

**U SLUČAJU UKLJUČIVANJA KORISNIKA S KRONIČNIM BOLESTIMA NEOPHODNO JE PRETHODNO PRIBAVITI MIŠLJENJE LIJEČNIKA.**

**U SLUČAJU UKLJUČIVANJA KORISNIKA POLUDNEVNOG BORAVKA ZBOG RAZLOGA KADA RODITELJ/SKRBNIK NIJE U MOGUĆNOSTI NA DRUGI NAČIN ZBRINUTI KORISNIKA POTREBNO JE PRUŽATELJU USLUGE DOSTAVITI PISANU POTVRDU.**