Łódź, dnia…………………………..

……………………………………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………………..

(rok i kierunek studiów)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w planie filmowym oraz jego przygotowaniu i zakończeniu w siedzibie Szkoły Filmowej w Łodzi lub w miejscu wyznaczonym przez Władze Uczelni oraz zobowiązuję się do stosowania zasad postepowania w zakresie środków bezpieczeństwa obowiązujących w Uczelni w celu ochrony przed zagrożeniem koronawirusem COVID-19.

Jednocześnie informuję, że:

1. Nie przebywam na kwarantannie w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
2. Nie mieszkam z osobą, która została poddana kwarantannie w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
3. Nie stwierdzam u siebie objawów choroby zakaźnej takich jak: duszności, kaszel, bóle mięśni, ogólne osłabienie, podwyższona temperatura ciała.

W przypadku zaistnienia u mnie powyższych okoliczności zobowiązuję się zrezygnować z udziału w planie filmowym odbywającym się na terenie Uczelni lub w miejscu wskazanym przez Władze Uczelni oraz niezwłocznie poinformować o tym telefonicznie lub e-mail Zakład Produkcji Filmów Szkolnych tel. 42 27 55 638, email: zpf@filmschool.lodz.pl oraz wyznaczonego do danego planu filmowego Koordynatora ZPFS.

 ………………………………………………………..

 (podpis uczestnika zdjęć)