

**NYILATKOZAT**

Alulírott ..... (születési név:....., lakcím:  
....., születési év ..... hó..... nap .....)

**kijelentem, hogy:**

- koronavírus fertőzés tüneteit jelenleg és az elmúlt 14 napban nem észleltem magom:
  - légúti panaszok, orrfolyás, köhögés, torokfájás, nehézlégzés,
  - rossz közérzet: láz, fejfájás, végtag és izomfájdalom,
- a legjobb tudásom szerint sem a munkahelyemen, sem a családomban nincs vírushordozó személy,
- az utóbbi 14 napban nem tartózkodtam a koronavírus által különösen fertőzött vagy karanténnal sújtott területeken,
- legjobb tudásom szerint az elmúlt 14 naptári napban nem érintkeztem fertőzött személlyel.

**Felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban foglaltak a valóságnak megfelelnek, további eltitkolt tünetem, betegségem nincs.**

**Tudomásul veszem, hogy a MelanomaMobil rendelőjébe (1062 Budapest, Délibáb utca 30) való belépés feltétele, továbbá bármilyen vizsgálat megkezdésének feltétele, hogy e nyilatkozatot valósághűen megtegyem.**

**Ha a következő 3 hétben egészségi állapotomban változás történne, különös tekintettel a COVID-19 járványra, arról MelanomaMobilt (info@melanomamobil.hu) haladéktalanul értesítem.**

**Budapest, 2022. ....**

.....  
aláírás