**IZJAVA**

Izjavljujem da u toku dana ili noći nisam imao/la neke od simptoma kao što su povišena temperatura, respiratorne poteškoće, glavobolja, da niko od mojih članova porodice nema neke od simptoma: kašalj, povišenu temperaturu, otežano disanje, bolove u plućima, mišićima i da nisam bio/la u neposrednom kontaktu sa osobom zaraženom COVIDOM-19.

**Evidencioni list za uposlenika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(prezime i ime)**

**Mjesec i godina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Temperatura** | **Simptomi** | **Potpis uposlenika** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |