Częstochowa, dn. ………………………..

……………………………………………………

Nazwisko i imię

………………………………………………..

Uczelnia

………………………………………………..

Wydział , rok studiów

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że chcę zamieszkać we wspólnym pokoju z:

…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..

( Nazwisko i imię współmieszkańca )

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy potencjalnego ryzyka zakażenia się wirusem SARS-CoV-2 i zobowiązuję się do przestrzegania reżimu sanitarnego.

 ………………………………………………………..

 Data i czytelny podpis