**IZJAVA**

kojom ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime i prezime, broj osobne iskaznice, izdana od PU)

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću svojim potpisom jamčim za istinitost navedenih podataka u Anamnestičkom obrascu procjene rizika i simptoma za COVID-19 koji sam preuzeo/la s mrežne stranice Klinike za dječje bolesti Zagreb.

Ovim putem izjavljujem da sam upoznat/a s činjenicom da će protiv mene, u slučaju utvrđenja neistinitosti nekog od gore navedenih podataka, biti poduzete sve pravne radnje u cilju naknade imovinske i neimovinske štete nastale Klinici za dječje bolesti Zagreb, te pokrenute sve radnje utvrđivanja moje kaznene odgovornosti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis

Datum popunjavanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_