

Dane dotyczące obowiązkowej kwarantanny

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

od

--	--	--	--	--	--	--	--

 do

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

dd / mm / rrrr

Zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku chorobowego (płatnika składek lub ZUS) o skróceniu lub zwolnieniu mnie z obowiązku odbycia kwarantanny przez państwowego inspektora sanitarnego.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie