Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro –

valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės

operacijų vadovo 2020 m. balandžio 15 d. sprendimo

Nr. V-858

priedas

**DEKLARACIJA**

**2020 m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.**

*(mėnuo, diena)*

Aš,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(*vardas, pavardė, asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė)(pagrindinė darbuotojo*

*ASPĮ), pareigos,* *darbo laikas per mėnesį* )

informuoju, kad karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo laikotarpiu taip pat dirbu šiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(*asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė), pareigos,* *darbo laikas per mėnesį*)

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(*asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė), pareigos,* *darbo laikas per mėnesį*)

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(*asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė), pareigos,* *darbo laikas per mėnesį* )

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(*asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė), pareigos, darbo laikas per mėnesį*)

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(*asmens sveikatos priežiūros įstaiga (darbovietė), pareigos, darbo laikas per mėnesį*)

Patvirtinu, kad:

1. Šioje deklaracijoje pateikta informacija yra teisinga.

2. Apie šioje deklaracijoje nurodytų duomenų pasikeitimą raštu nedelsdamas informuosiu asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirbu, vadovą (pateiksiu atnaujintą deklaraciją).

3. Man yra žinoma, kad už Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio

ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimo nesilaikymą gali būti taikoma teisės aktuose numatyta atsakomybė.

Kita informacija \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

*(parašas)*