**Képzés neve: ………………………………**

Az Fktv. 2. § 8. pontja szerinti, a képzésben részt vevő személyes jelenlétét igénylő kontaktórás foglalkozás esetén.

Időpont: év. hónap. nap

Helyszín: pontos megnevezés

Előadó: óraszám:

Aláírásommal tanúsítom, hogy a COVID-19 koronavírus-betegség tüneteit (láz, hidegrázás, köhögés, torokfájás, légszomj, izomfájdalom, szaglás/ízérzés elvesztése) nem mutatom.

A részvevők aláírásukkal tudomásul veszik, hogy az előadáson fotó és videó dokumentáció készül, mely a későbbiekben disszeminációs célokra felhasználható.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ssz.** | **Név** | **E-mail** | **Szervezeti egység** | **Aláírás** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………………

Oktató aláírása