

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja,(*imię i nazwisko*),
legitymująca się dowodem osobistym
(*seria i numer dowodu*), NIE WYRAŻAM ZGODY NA IZOLOWANIE
MNIE OD DZIECKA PO PORODZIE w przypadku potwierdzenia u mnie
pozytywnego wyniku testu w kierunku COVID-19 lub w czasie
oczekiwania na wynik.

Jestem świadoma zagrożeń wynikających z mojej decyzji i biorę za
nie odpowiedzialność.

Swoją decyzję opieram na oficjalnym stanowisku Ministerstwa
Zdrowia z dnia 29.09.2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących sposobu
postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w
przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID -
19.

Zależy mi na podjęciu próby karmienia piersią, kontakcie skóra do
skóry oraz sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dzieckiem w szpitalu.

.....
data i czytelny podpis