

# IZJAVA O ODGOVORNOSTI

Spodaj podpisani/a:

PRISILJENJE V UPORABO OBRAZNE MASKE IN RAZKUŽEVANJA ROK

/IZPOLNI OSEBA KI ZAHTEVA PRISILJENJE: direktor, varnostnik, druga oseba, inšpektor, policist .../

---

(ime priimek, naslov, datum rojstva, telefonska številka, poklic oz. funkcija)

---

Izjavljam, da pri polni zavesti prisiljujem in s podpisom potrjujem sprejem »Izjave o odgovornosti« v primeru nastalih zdravstvenih težav iz razloga nošenja maske in razkuževanja rok za osebo:

\_\_\_\_\_ (ime in priimek, datum rojstva)

Podpisnik izjave odgovornosti se zavezuje, da bom v celoti odgovoren za morebitne posledice, zdravstvene in zakonske prekršitve in s podpisom sprejemam polno odgovornost za povračilo nastale morebitne zdravstvene škode za osebo iz te podpisane izjave odgovornosti! Za resničnost podatkov v Izjavi o odgovornosti sprejemam polno odgovornost v zavedanju kazenskih sankcij v primeru lažne predstavitve.

\_\_\_\_\_

(kraj, datum)

\_\_\_\_\_

(podpisnik izjave)

---

Veljavne so samo pravilno izpolnjene »Izjave o odgovornosti«. Podpisnik »Izjave o odgovornosti« se izrecno zavezuje, da v primeru poškodbe ali škode proti osebi iz te izjave ne bo vložil civilne tožbe ali začel kazenskega pregona, saj je glavni povzročitelj podpisnik, kot odgovorna oseba.