

# DEKLARACIJA

2020 m. d.

Aš \_\_\_\_\_ deklaruojau, kad 2020 m.  
(Vardas, pavardė) (Šeimos gyvenamosios vietos adresas)

\_\_\_\_\_ d.  
(mėnuo, diena)

Vykdydamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro-Valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. gegužės 11 d. sprendimą Nr. V-1116,

UŽTIKRINU, kad mano sūnui/dukrai \_\_\_\_\_:  
(Reikiamą pabraukti) (Vardas pavardė)

- Nepasireiškė karščiavimas (37,3 °C ir daugiau) ir neturi ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų, ūmių žarnyno infekcijų ir kitų užkrečiamųjų ligų požymių (pvz., sloga, kosulys, pasunkėjęs kvėpavimas, viduriavimas, vėmimas, bėrimai ir pan.);
- neserga lėtinėmis ligomis, nurodytomis sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-483 „Dėl Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąrašo patvirtinimo“ (toliau – Įsakymas Nr. V-483);
- negyvena kartu su asmenimis priskirtiniais rizikos grupėms (vyresnio nei 60 m. amžiaus asmenims ir (arba) sergantiems lėtinėmis ligomis, nurodytomis Įsakyme Nr. V-483: žmogaus imunodeficito viruso liga; piktybiniai navikai (jei liga diagnozuota ar buvo paūmėjimas ir jei po taikyto gydymo pabaigos nepaėjo 2 metai); cukrinis diabetas; širdies ir kraujagyslių ligos su lėtiniu širdies nepakankamumu 2-4 laipsnio; lėtinės kvėpavimo organų ligos su kvėpavimo nepakankamumu; lėtinės inkstų ligos su inkstų nepakankamumu; būklė po autologinės kaulų čiulpų ir organų transplantacijos; ligos, kurios šiuo metu gydamos bendra ar selektyvia chemoterapija ar radioterapija ir ligos, po kurių gydymo šiais metodais pabaigos nepaėjo 2 metai; ligos, kurios šiuo metu gydamos imunosupresija atitinkančia metilprednizolono 10 mg/kg per dieną ir ligos, nuo kurių gydymo šiuo būdu pabaigos nepaėjo 6 mėnesiai; įgimtas imunodeficitas; kitos sunkios lėtinės ligos, kai taikomas imunosupresinis gydymas);
- negyvena su asmenimis, kuriems dėl koronaviruso infekcijos plitimo grėsmės taikomas būtinas izoliavimas;
- įvertinau visas kitas galimybes mano sūnaus/dukros visas vaiko ugdymo galimybes namuose ir suprantu ir prisiimu atsakomybę, dėl rizikų užsikrėsti COVID-19 virusu, vedant sūnų/dukrą į kolektyvą ikimokyklinėje įstaigoje.

PATVIRTINU, kad šioje deklaracijoje informacija yra teisingai ir įsipareigoju nedelsiant raštu pranešti Kauno lopšelio – darželio „Spindulys“ administracijai, jei mano deklaruota informacija pasikeistų.

\_\_\_\_\_  
(Parašas)