Darba devēja uzņēmuma/iestādes nosaukums:……
adrese:……
īpašnieka/vadītāja vārds, uzvārds:……...
personas kods:……
deklarētā adrese:……
tel: ……
e-pasts: ……..

apliecinājums

Darba ņēmēja vārds, uzvārds:……
amats:……
personas kods:……
adrese:……
tel: ……
e-pasts: ……..

Es, …… ……..., apliecinu, ka uzņemos pilnu personīgu juridisku un materiālu atbildību par jebkādiem īstermiņa un ilgtermiņa veselības pasliktināšanās riskiem un nevēlamām blaknēm (ieskaitot nāvi) sava vadītā uzņēmuma/iestādes darbiniekam ……. …… manis izvirzīto prasību dēļ veikt vakcināciju pret Covid19 (sezonālo saslimšanu). Apņemos apmaksāt visus ar veselības pasliktināšanos saistītos ārstēšanās izdevumus.

Datums, kad paziņoju darbiniekiem rakstiski par obligāto vakcināciju, un kā neievērošanas gadījumā informēju, ka tiks zaudēts darbs: …….. .

Esmu informēts, ka mans darbinieks……. …… ir mani informējis, ka ir kategoriski pret obligāto vakcināciju un nevēlās to darīt.

Apliecinājums parakstīts divos eksemplāros. Viens eksemplārs tiek atdots darba ņēmējam, otrs glabājas pie darba devēja.

Darba devēja paraksts: ……

Vārds/uzvārds: ……

Amats:……..

Datums: ……..

www.jaunlatviesi.lv