

CEPLJENJE PROTI \_\_\_\_\_

Podjetje \_\_\_\_\_ nudi zaposlenim cepljenje proti \_\_\_\_\_.

Cepljenje je brezplačno in ni obvezno, kljub temu pa morajo vsi zaposleni izpolniti ta obrazec.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Emšo \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ oddelek: \_\_\_\_\_

Označi eno:

- Sem bil/a že cepljen/a proti \_\_\_\_\_ (Približen datum: \_\_\_\_\_)
- Nisem bil/a cepljen/a, vendar želim prejeti cepivo.
- Nisem in ne želim biti cepljen/a

(v primeru odklonitve preberi spodnje)

---

Zavrnitev cepljenja

Zavedam se, da sem pri delu izpostavljen infekciji \_\_\_\_\_.

Dana mi je bila možnost brezplačnega cepljenja proti \_\_\_\_\_.

Kljub temu zavračam cepljenje. Zavedam se tveganja te odločitve. Seznanjem sem z možnostjo, da lahko pristanem na cepljenje kadarkoli.

---

Podpis

---

Datum