Legnica, dnia …………….

……………………………

*Nazwa szkoły/placówki*

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Legnicy**

**ul. Mickiewicza 24**

**59-220 Legnica**

**WNIOSEK O POZYTYWNĄ OPINIĘ W SPRAWIE ZAWIESZENIA ZAJĘĆ**

Na podstawie § 18 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1604)

występuję o wydanie pozytywnej opinii w sprawie zawieszenia zajęć w trybie stacjonarnym dla klasy/klas……………………………….. Szkoły ……………………...…………………..,

w terminie od ……………..do …………………………,

ze względu na pozytywny wynik testu w kierunku SARS-CoV-2 stwierdzony u ……………..

…………………………………………………………………………………………………..

Osoba zakażona ostatni raz kontaktowała się z uczniami i personelem w dniu………………...

Numer zgłoszenia przekazania osób na kwarantannę za pomocą formularza online ………………..

 …………………………

 *Pieczęć i podpis*