



GWO MEDICAL SELF ASSESSMENT FORM

Document ID	F404
Date	2021.03.12
Version	2
Last review	2021.03.12
Page	1 / 1

TRAINING MODULES:	BR	[]	EFA	[]	FA	[]	WAH	[]	MH	[]	FAW	[]	SS	[]
	LPS	[]	EFAR	[]	FAR	[]	WAHR	[]	MHR	[]	FAWR	[]	SSR	[]
	SR	[]	CS	[]	EA	[]		[]		[]		[]		[]

Odpowiedzialność za swoje zdrowie osobiste ponosisz sam. Organizator szkolenia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek zachorowania w trakcie lub po szkoleniu. Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z wymienionymi zagrożeniami i stanami medycznymi potencjalnie zagrażającymi życiu oraz że jestem fizycznie i medycznie zdolny do uczestnictwa w szkoleniu GWO.

Niniejszym potwierdzam, że nie istnieją żadne czynniki, które będą wpływać na mój udział w szkoleniu GWO. Zobowiązuję się do stosowania się do wszystkich poleceń wyznaczanych przez instruktora przez cały czas trwania szkolenia GWO. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do mojej kondycji zdrowotnej, organizator szkolenia przerwie szkolenie i zasięgnie porady lekarza. Niniejszym potwierdzam, że Polityka ZERO alkoholu i ŻADNYCH NARKOTYKÓW podczas realizacji szkolenia jest przezemnie w pełni akceptowana. Zobowiązuję się do przestrzegania tej polityki i rozumiem, że w przypadku jej naruszenia Organizator szkolenia ma prawo do natychmiastowego wycofania mnie z udziału w szkoleniu z możliwymi dalszymi konsekwencjami (np. poinformowanie firmy, która wysłała mnie na szkolenie, brak zwrotu pieniędzy z kursu).

- Epilepsja, zaciemnienia lub inne drgawki
- Angina lub inne dolegliwości serca
- Zawroty głowy lub problemy z uchem wewnętrznym (trudności z utrzymaniem równowagi)
- Claustrophobia/Acrophobia
- Zaburzenia ciśnienia i rytmu serca
- Cukrzyca
- Rozrusznik serca
- Choroba zwyrodnieniowa stawów, lub inne zaburzenia mięśniowo-szkieletowe wpływające na mobilność
- Alergie (np. Pszczoły, orzechy, żywice epoksydowe itp.)
- Operacje przebyte w ciągu ostatnich 3 miesięcy
- Hyperhidrosis manuum

Inne dolegliwości zdrowotne lub uzależnienie od leków, które mogłyby wpłynąć na zdolność prowadzenia zajęć praktycznych (m.in. wchodzenie po drabinie, ratownictwo wysokościowe, ewakuacja z wysokości, ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia manualne, gaszenie pożaru, ewakuacja z zadymionego pomieszczenia, praca z chemikaliami, praca z urządzeniami elektrycznymi i inne) lub fizyczny wpływ wymienionych wcześniej zajęć praktycznych. W przypadku gdy kursant posiada którąkolwiek z w/w dolegliwości może warunkowo przystąpić do szkolenia jednak na własną odpowiedzialność. Ja niżej podpisany oświadczam, iż dobrowolnie i na własną odpowiedzialność biorę udział w organizowanej przez firmę Global Wind consulting sp. z o. o. szkoleniu.

- W ciągu ostatnich 14 dni podróżowałem/am z dużą częstotliwością
- W ciągu ostatnich 14 dni odwiedziłem/em jeden z krajów i obszarów z grupy ryzyka o zwiększonej transmisji wirusa (określonych przez Główny Inspektorat Sanitarny i Ministerstwo Zdrowia)
- Miałem/am kontakt z osobą poddaną kwarantannie
- Wykazuje objawy takie jak podwyższona temperatura, duszności, kaszel
- W przypadku wystąpienia którejkolwiek z powyższych sytuacji dobrowolnie rezygnuję z kontynuacji szkolenia
- Mój stan zdrowia pozwala mi na pozostanie w Global Wind Consulting sp. z o. o. i przeprowadzenie szkolenia

Podpis kursanta:

Data: