…………………, dnia ………. 2021 r.

…………………………………

(imię i nazwisko Pracownika)

……………………………..……

…………………………………..

(adres korespondencyjny)

Dyrektor/Prezes

Zakład/Spółka………………………………

………………………………………………..

……………………………………………

**Wezwanie do natychmiastowego wyjaśnienia okoliczności skierowania na kwarantannę oraz zaniechania naruszeń**

W związku ze skierowaniem mnie na kwarantannę w dniach od ……………………….. do …………………….. 2021 r., wnoszę o niezwłoczne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy w niniejszej sprawie zostało wszczęte dochodzenie epidemiologiczne zgodnie z przepisem art. 32 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ?
2. Z powodu jakiej choroby **szczególnie niebezpiecznej i wysoce zaraźliwej** zostało wszczęte dochodzenie epidemiologiczne ?
3. Kiedy i u kogo stwierdzono zakażenie **chorobą szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną ?**
4. Jakie ww. osoba miała objawy wskazujące na zakażenie **chorobą szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną** ?
5. Czy, a jeśli tak - to kiedy ww. osoba została skierowana na izolację lub kwarantannę?
6. Jeśli ww. osoba miała objawy zakażenia, to od kiedy i jakie?
7. Czy ww. objawy wystąpiły przed skierowaniem ww. osoby na kwarantannę lub izolację, czy też po?
8. Gdzie, kiedy i jak długo byłam/em wystawiony/a na ekspozycję stwierdzonej choroby ?
9. W jakiej odległości (w metrach) i jak długo znajdowałam/em się od osoby, u której potwierdzono zakażenie stwierdzoną chorobą ?
10. Czy odległość wskazana w punkcie 8 zmieniała się, a jeśli tak to w jakim zakresie ?
11. Kto był świadkiem mojego kontaktu z osobą, u której potwierdzono zakażenie chorobą i jakie informacje przekazała ta osoba ?
12. Czy kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie chorobą nastąpiło w pomieszczeniu, a jeśli tak to jaka była wielkość tego pomieszczenia (długość, szerokość oraz powierzchnia w metrach kwadratowych) ?
13. W jakiej odległości od tej osoby znajdowały się inne osoby znajdujące się najbliżej/inne stanowiska pracy ?
14. Czy kontakt z ww. osobą miały również inne osoby, których dane nie zostały przekazane do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, a jeśli tak to z jakiego powodu ich dane nie zostały przekazane?
15. Czy, a jeśli tak to kto z ramienia Pracodawcy przekazał do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej dane osób mających mieć kontakt z osobą, u której stwierdzono **chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźna**, tj. chorobę zakaźną łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodującą szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholerę, dżumę, ospę prawdziwą czy wirusową gorączkę krwotoczną ?

Zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (zwanej dalej “ustawą ochz”) państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną albo osobę podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną, lub osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązki określone w art. 5 ust. 1 ustawy ochz. Wśród ww. obowiązków wskazany również został obowiązek poddania się kwarantannie.

Ponadto zgodnie z art. 33 ust. 3a pkt 1) ustawy ochz decyzje, o których mowa w ust. 1, **wydawane są w przypadku podejrzenia zakażenia lub choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej**, stanowiącej bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie.

Zgodnie z treścią art. 2 pkt 12 ustawy ochz, cyt.: „12) **kwarantanna** - odosobnienie osoby zdrowej, która była **narażona na zakażenie**, w celu zapobieżenia szerzeniu się **chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych**”.

Natomiast zgodnie z treścią art. 2 pkt 4 ustawy ochz, cyt.: „4) **choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna** – to choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne”.

**Zakażenie Sars-Cov2 nie zostało uwzględnione wśród chorób zakaźnych wymienionych w Załączniku nr: 2 do ustawy ochz, nie stanowi również choroby szczególnie niebezpiecznej o wysokiej śmiertelności.**

**Zgodnie z powyższym, w świetle obowiązujących przepisów prawa, w tym przywołanej ustawy ochz nie istnieje możliwość skierowania Obywatela RP na kwarantannę z powodu podejrzenia narażenia na zakażenie wirusem Sar-Cov2.**

Z uwagi na powyższe, moje poważne obawy budzi podstawa oraz okoliczności Państwa ingerencji w moje prawa oraz dobra osobiste, w tym naruszania ustawy o ochronie danych osobowych.

Ogólnie dostępne źródła wskazują, **iż 80% osób zakażonych COVID-19 jest bezobjawowa lub ma łagodne objawy (około 35% „zakażonych” nigdy nie rozwija objawów).**

Na powyższe wprost wskazują następujące ogólnodostępne publikacje prasy medyczno- naukowej: Sah, Pratha, et al. "Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis." Proceedings of the National Academy of Sciences 118.34 (2021). Chen, Nanshan, et al. "Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study." The lancet 395.10223 (2020): 507-513. Li, Qun, et al. "Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia." New England journal of medicine (2020). Chan, Jasper Fuk-Woo, et al. "A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster." The lancet 395.10223 (2020): 514-523. Wu, Zunyou, and Jennifer M. McGoogan. "Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention." Jama 323.13 (2020): 1239-1242.

Aktualne dane z 26 marca 2021 wskazująi iż wskaźnik śmiertelności IFR z powodu COVID-19 jest równy**: 0,15% w skali globalnej.**

Ioannidis, John PA. "Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID‐19: An overview of systematic evaluations." European journal of clinical investigation 51.5 (2021): e13554.

Biorąc pod uwagę doświadczenia historyczne, trendy w danych, zwiększoną liczbę zakażeń w największej populacji oraz potencjalny wpływ błędnej klasyfikacji zgonów, daje szacunkową ocenę IFR dotyczącą COVID-19 pomiędzy **0,1% a 0,35%**

<https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>

W porównaniu do grypy na podstawie danych CDC, jeśli chodzi o grypę śmiertelność wacha się **od 0,02% do 0,13%** , w zależności od sezonu. Jednocześnie należy wskazać, iż grypa nigdy nie była masowo testowana testem PCR.

Disease Burden of Flu, CDC, 2021; [https://www.cdc.gov/flu/about/burden/index.html](https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fflu%2Fabout%2Fburden%2Findex.html%3Ffbclid%3DIwAR0a5aeKoR3SGPEzqVqaKGwJ2EpJBRAo8tvevstmkQSkUe9XjG0DTRTzuc4&h=AT0VYMOvcgqzB4KwwyFoHDBis_lDBJXxdII1_w4-nNcKVBggXZuumXxFpsVBeP0h2wEIJFJCV_aPzLSB353ZVP-K0jZKNDUvVIcgEjLCcZU5wK-dJOTHeEH10UQmDRowgTSBwyrG8B-KXgR-302Vcw)

**GLOBALNE ROCZNE RYZYKO ŚMIERCI Z POWODU COVID-19 wynosi 2,43 mln/7,8 mld = 0,03%.**

Dla porównania, **w 2017 r.** na choroby sercowo naczyniowe zmarło **17,8** milionów, na nowotwory **9,6** milionów, na choroby układu oddechowego **3,9** milionów. Już w 2017 r. na infekcje dolnych dróg oddechowych umarło w sumie **2,56** milionów ludzi. Kontrargumentacja, iż przez rok pandemii z powodu samego nowego koronawirusa zmarło prawie **2,5** mln ludzi w ciągu roku pandemii jest wątpliwa, gdyż oficjalne dane są mocno przeszacowane z poniżej wskazanych przyczyn: raportowane przez poszczególne kraje zgony są „z” covid-19, a nie „z powodu” COVID-19, wiarygodność rekomendowanych testów RT-PCR jest wątpliwa i wykazuje ponad 75% wyników fałszywie dodatnich, przypisywanie COVID-19 może odbywać się wyłącznie na podstawie objawów, bez laboratoryjnej identyfikacji wirusa, a także 0,03% globalne roczne ryzyko śmierci z powodu COVID-19 jest przeszacowane, ponieważ nie uwzględnienia podatności zależnej od wieku osoby zarażonej. [http://proremedium.pl/2021/03/19/koronapsychoza-vs-amaksofobia/](https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fproremedium.pl%2F2021%2F03%2F19%2Fkoronapsychoza-vs-amaksofobia%2F%3Ffbclid%3DIwAR3Lv2ePCOKU2y-TtNx8lOl6CbdFkRn3KI_pwFRkpBCnzHoQNDT_-_ThkvQ&h=AT0VYMOvcgqzB4KwwyFoHDBis_lDBJXxdII1_w4-nNcKVBggXZuumXxFpsVBeP0h2wEIJFJCV_aPzLSB353ZVP-K0jZKNDUvVIcgEjLCcZU5wK-dJOTHeEH10UQmDRowgTSBwyrG8B-KXgR-302Vcw)

Warto wskazać również na analizę śmiertelności względem wieku. Dla populacji poniżej 50 roku życia śmiertelność jest już bardzo niska. SARS-CoV2 głównie atakuje i jest bardziej zjadliwy dla osób starszych i schorowanych. Im słabszy organizm, tym większe ryzyko zgonu w wyniku infekcji. Śmiertelność SARS-CoV-2, która wykracza poza ramy względnie niskiej śmiertelności od 50 rok życia wzwyż, a nawet 60 rok życia wzwyż, gdyż wskaźnik IFR plasuje się na poziomie 0,6%. Wskazane dane stanowia średnie wyliczone przez Ioannidisa dla wielu krajów, w tym z Europy. W publikacji na łamach British Medical Journal o tytule "Co uznajemy jako śmierć COVID?" , napisanej przez niezależną dziennikarkę, wskazała Ona, że w Indiach wszystkie podejrzane zgony związane z COVID-19 mogły być zgłaszane jako związane z COVID-19 pomimo, iż bardzo trudno w kontekście objawowym odróżnić COVID-19 od grypy, a właściwie jest to niemożliwe.

Axfors, Cathrine, and John PA Ioannidis. "Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview." medRxiv (2021). Pulla, Priyanka. "What counts as a covid-19 death?." bmj 370 (2020).

Zgodnie z aktualnymi danymi, w czasie 90-dniowego ryzyka ciężkiego przebiegu (hospitalizacji) i zgonu, jedynie niewielki odsetek zakażonych podlega faktycznej hospitalizacji, oraz marginalni przyjmowani są na OIOM, co potwierdza kalkulator opracowany przez naukowców z Oxfordu: [https://qcovid.org/Calculation](https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fqcovid.org%2FCalculation%3Ffbclid%3DIwAR1X8ccF17Dd1k2f41xecxYki_EeCGH74KCtVsEQB_GR8JpllHAUu4rxLfQ&h=AT0VYMOvcgqzB4KwwyFoHDBis_lDBJXxdII1_w4-nNcKVBggXZuumXxFpsVBeP0h2wEIJFJCV_aPzLSB353ZVP-K0jZKNDUvVIcgEjLCcZU5wK-dJOTHeEH10UQmDRowgTSBwyrG8B-KXgR-302Vcw)

#### **Prawie połowa hospitalizacji covid obecnie jest łagodna lub bezobjawowa**.

#### Fillmore, Nathanael, et al. "The COVID-19 Hospitalization Metric in the Pre-and Post-vaccination Eras as a Measure of Pandemic Severity: A Retrospective, Nationwide Cohort Study." (2021).

**Odsetek hospitalizowanych pacjentów z covid trafiających na OIOM nie przekracza 5%.**

Gujski, Mariusz, et al. "Characteristics and Clinical Outcomes of 116,539 Patients Hospitalized with COVID-19—Poland, March–December 2020." Viruses 13.8 (2021): 1458

Należy zauważyć, że podanie ww. informacji oraz odpowiedzi na pytania i podniesioną przeze mnie argumentację jest konieczne do oceny zasadności podjętej decyzji o kwarantannie oraz rozważenia ewentualnych dalszych kroków prawnych względem Państwa na gruncie art. 231 kk, art. 191 kk, art. 107 ustawy o ochronie danych osobowych oraz art. 415 kc.

**Jednocześnie wskazuję, iż do momentu uzyskania od Państwa wskazanych w niniejszym piśmie informacji oraz wyjaśnień, nie będę stosował/a się do Państwa wytycznych, jednocześnie żądam natychmiastowego dopuszczenia mnie do pracy oraz wypłaty pełnego należnego mi wynagrodzenia.**

Mając powyższe na uwadze, wnoszę jak na wstępie.

Z poważaniem

…………………………………

 (podpis)