Ankieta kwalifikacyjna

w kierunku zakażenia koronawirusem SARS CoV-2

Imię i Nazwisko ................................................................................................................................

PESEL ......................................

Numer telefonu do kontaktu, e-mail .................................................................................................

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przekraczał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/inny z domowników, granice Polski?
* TAK
* NIE
1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/ kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
* TAK
* NIE
1. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)/ czy chorował na COVID -19?
* TAK
* NIE
1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, zaburzenia węchu, smaku i inne nietypowe)?
* TAK
* NIE

INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Data i podpis …………………………………………………………………………