

Nazwa placówki

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

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

2. 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

3. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)/ czy chorował na COVID -19?

- Tak
 Nie

4. Czy obecnie 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

5. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- 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