

Nazwa placówki .....

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

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

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))**

- Tak  
 Nie

**2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**

- Tak  
 Nie

**3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))**

- Tak  
 Nie

**4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**

- Tak  
 Nie

**5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**

- Tak  
 Nie

Inne nietypowe. Proszę podać jakie .....

**6. 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.

Poz.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		