

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI
dla kandydata

IMIĘ I NAZWISKO

Nr kandydata

- 1) Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
 Tak
 Nie
- 2) Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 dni występują, występowały u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka powyżej 38°C, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza, inne nietypowe)?
 Tak
 Nie
- 3) Czy Pan(i) lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
 Tak
 Nie
- 4) Czy stosuje Pan(i) ochronę twarzy i dłoni tj. maseczki, rękawiczki, płyny do odkażania itp., jak również przestrzega Pan(i) aktualnych zasad i ograniczeń, wynikających z odnośnych przepisów, których zbiór prezentowany jest pod adresem:
<https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia>
 Tak
 Nie
- 5) Potwierdzam niniejszym chęć udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym oraz jestem świadomy, że etap odbywa się w okresie stanu epidemii, ogłoszonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r.
- 6) Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję 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

.....
czytelny podpis kandydata