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 w raportach WHO na stronie https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/)

O Tak

O Nie

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

O Tak

O Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports)

O Tak

O Nie

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

O Tak

O Nie

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

O Tak

O Nie

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

O Tak

O Nie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nr | Data | Czytelny podpis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nr | Data | Czytelny podpis |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |