

.....
nazwa placówki

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Numer telefonu do kontaktu lub email.....

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

- TAK**
- NIE**

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

- TAK**
- NIE**

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

- TAK**
- NIE**

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

- TAK**
- NIE**

5. Czy obecnie występują u Pana(i), dziecka 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.