Nazwa placówki

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do kontaktu E-mail

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 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 |  |  |