



## Ankieta wstępnej kwalifikacji

Imię i nazwisko .....

Pesel .....

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

**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 w okresie ostatnich 10 dni brał/a Pan/i udział w masowych imprezach (wesela, koncerty, inne)?**

..... Tak

..... Nie

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

..... Tak

..... Nie

**4. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują (występowały) u Pana(i) objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, bóle mięśni, duszność, utrata węchu lub powonienia)?**

..... Tak

..... Nie

**5. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach 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/a - również na odpowiedzialność karną.

.....

Data i Podpis