Nazwa placówki .....

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

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 koronawirusem SARS CoV-2?

- ◯ Tak
- ◯ Nie

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

- ◯ Tak
- ◯ Nie

3. Czy występują u Pana(i) objawy?

- ◯ Gorączka powyżej 38˚C
- ◯ Kaszel
- ◯ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

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.

Poz.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		