

## ANIEKTA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu .....

Adres 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 występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**

- Tak  
 Nie

Jeśli tak, proszę wymienić jakie: .....

**5. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**

- Tak  
 Nie

**6. Czy przechodził Pan(i) COVID-19?**

- Tak  
 Nie

Jeżeli Tak proszę podać datę wystąpienia pierwszych objawów .....

**7. Czy jest Pan/Pani w pełni zaszczepiony/a przeciwko COVID-19?**

- Tak  
 Nie

**INFORMACJA:**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję 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.**

Miejscowość i data	Czytelny podpis

## ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu .....

Adres e-mail .....

1) Czy od czasu ostatniej wizyty mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak  
 Nie

2) Czy występuje u Państwa któryś z poniższych objawów?

- Gorączka powyżej 38°C  
 Kaszel  
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 Zaburzenia węchu i smaku  
 Powyższe objawy nie występują

### INFORMACJA:

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję 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.**

Poz.	Miejscowość i data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		