

Nazwa placówki .....

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu, e-mail .....

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przekraczał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/inny z domowników, granice Polski?**

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

**3. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)/ czy chorował na COVID -19?**

- Tak  
 Nie

**4. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, zaburzenia węchu, smaku i inne nietypowe)?**

- Tak  
 Nie

**5. 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.

.....  
Data i podpis