

Nazwa placówki .....

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu E-mail .....

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))**

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

**3. 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](http://www.gis.gov.pl))**

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

Inne nietypowe. Proszę podać jakie .....

**6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**

- Tak  
 Nie

<b>nr</b>	<b>Data</b>	<b>Czytelny podpis</b>
1		
2		
3		