

Nazwa placówki .....

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu .....

Adres e-mail .....

**1. Czy w okresie ostatnich 10 dni mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**

- Tak  
 Nie

**2. Czy Państwa dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną/izolacją)?**

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

**4. Czy obecnie lub w okresie ostatnich 10 dni występują/występowały ww. objawy u któregoś 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	Czytelny podpis