

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do Kontakt.....

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