

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko :

---

PESEL :

---

Numer telefonu do kontaktu, e-mail :

---

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

Tak /  Nie

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

Tak /  Nie

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

Tak /  Nie

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

Tak /  Nie

nr	Data	Czytelny podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		