**ANKIETA COVID 19**

**DATA………………………………………………………………………..**

**IMIĘ I NAZWISKO………………………………………………**

**NR TELEFONU……………………………………………….**

**ADRES ZAMIESZKANIA……………………………………….**

1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/Pani za granicą?**
* **TAK**
* **NIE**
1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą zakażoną Covid- 19?**
* **TAK**
* **NIE**
1. **Czy ktoś z Pana/Pani domowników w ciągu ostatnich 14 dni przebywał za granicą?**
* **TAK**
* **NIE**
1. **Czy pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?**
* **TAK**
* **NIE**
1. **Czy obecnie występują u Pana/Pani objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła,, inne nietypowe)?**
* **TAK**
* **NIE**
1. **Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują lub występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**
* **TAK**
* **NIE**

**W przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących powyższych pytań, w trosce o bezpieczeństwo pracowników, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach. Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.**

**……………………………………………czytelny podpis**