ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI
OCHRONA W NOWEJ NORMALNOŚCI

Pieczątka placówki

Imię i nazwisko .....

Płeć K M Wiek ☐☐☐ Pesel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Numer **telefonu**/**e-mail** .....

	NIE	TAK
1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) dziecko/podopieczny/ któryś z domowników za granicą, w rejonie transmisji koronawirusa?	☐	☐
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2?	☐	☐
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?	☐	☐
4. Czy Pana(Pani) dziecko/podopieczny lub któryś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?	☐	☐
5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	☐	☐
6. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w wymienione objawy u któregoś z domowników?	☐	☐

Potwierdzam zgodność z prawdą:

Nr	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie:
https://www.who.int/timorleste/emergencies/novel-coronavirus-2019/novel-coronavirus-(2019-ncov)-situation-reports