

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
E-mail	

1. Czy występują u Pana(i) objawy?

gorączka powyżej 38°C

TAK

NIE

kaszel

TAK

NIE

uczucie duszności

TAK

NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach występowania zakażeń koronawirusem?

tak

nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą zakażoną koronawirusem lub przebywającą na kwarantannie?

tak

nie

.....

podpis