

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Dom Kultury w Górze

imię i nazwisko

adres zamieszkania.....

telefon

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/któryś z domowników, za granicą?
 - TAK
 - NIE

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

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?
 - TAK
 - NIE

4. Czy Pan(i) lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
 - TAK
 - NIE

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

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....
.....
.....
.....

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

- TAK
- NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a, 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