

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

### Dom Kultury w Górze

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

telefon kontaktowy .....

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