

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data	
Imię i Nazwisko	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

1. Czy w okresie 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?

(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak

Nie

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

Tak

Nie

3. Czy występują u Pana(i) następujące objawy ?

Gorączka	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Kaszel	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie

Świadomy/a* odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019r. poz. 1950, z późn. zm.), potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość podanych informacji.

.....
data i podpis

* Dane osobowe będą przetwarzane przez czas realizacji usługi oraz okres wynikający z wymagań prawnych nakładanych na Administratora.