

Nazwa placówki .....

## ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu e-mail .....

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

- Tak
- Nie

**2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))**

- Tak
- Nie

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

- Gorączka powyżej 38°C
- Kaszel
- Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

### INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, 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.

Poz.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		