

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZED PRZYSTAPIENIEM DO PRACY/ZAJĘĆ/EGZAMINU  
sytuacja epidemiologiczna pracownika/ucznia/absolwenta**

Imię i nazwisko pracownika/ucznia/absolwenta\* , którego dotyczy kwestionariusz:

.....

1. Czy w najbliższym otoczeniu pracownika/ucznia/ absolwenta jest osoba **poddana kwarantannie**?

Tak  Nie

2. Czy w ciągu **ostatnich 14 dni pracownik/uczeń/absolwent miał kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem** lub podejrzaną o zakażenie?

Tak  Nie

3. Czy w najbliższym otoczeniu pracownika/ucznia/absolwenta jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?

Tak  Nie

4. Czy zdiagnozowano u pracownika/ucznia/absolwenta **zakażenie wirusem SARS-CoV-2**?

Tak  Nie

5. Czy u pracownika/ucznia/absolwenta lub osób z najbliższego otoczenia, pojawia się któryś z wymienionych **objawów**?

gorączka (powyżej 38°C)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
kaszel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
duszność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
problemy z oddychaniem	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból mięśni	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
zmęczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
katar	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
biegunka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból gardła	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Tak  Nie

.....

Data i godzina

.....  
Podpis pracownika/pełnoletniego ucznia  
/absolwenta/rodzica

\*Właściwie zaznaczyć