

## ANKIETA COVID -19

Imię i Nazwisko.....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu .....

Adres e-mail .....

**1. Czy w czasie ostatnich 2 tygodni mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**

- Tak
- Nie

**2. Czy występuje u Państwa któryś z poniższych objawów?**

- Gorączka powyżej 38°C
- Kaszel
- Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
- Zaburzenia węchu i smaku
- Powyższe objawy nie występują

### 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.		