

Gminna Biblioteka Publiczna w Starych Kobiątkach

# ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko uczestnika: .....

PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nr telefonu, e-mail\*: .....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)\* w rejonach transmisji koronawirusa? (lista miejsc publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://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 COVID-19?

Tak  Nie

3) Czy występują u Pana(i)\* objawy:

Gorączka powyżej 38°C  Nie

Kaszel  Nie

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  Nie

4) Czy ktoś z domowników obserwuje u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych - jak gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?

Tak  Nie

.....  
DATA WYPEŁNIENIA

.....  
CZYTELNY PODPIS\*

.....  
PIECZĄTKA I CZYTELNY PODPIS OSOBY ZBIERAJĄCEJ DANE

\*W przypadku osoby niepełnoletniej, ankietę w jej imieniu wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny.