

## Ankieta informacyjna o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....

nr tel. ....

1. Czy występują u Pana/Pani objawy wskazujące na chorobę zakaźną ?

Tak

Nie

2. Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o chorobę w ostatnich dniach ?

Tak

Nie

3. Czy jest Pan/Pani w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji lub kwarantanny ?

Tak

Nie

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Data

.....

Podpis wypełniającego ankietę

.....