Imie		***Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie placówki ośrodka, zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.***							
Nazwisko									
Stanowisko									
LP.	**PYTANIE**	**2020-09-01**							
1	Czy został Pan/i lub osoba w Pana/i najbliższym otoczeniu **poddana kwarantannie**?								
2	Czy w Pana/i najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?								
3	Czy zdiagnozowano u Pana/i przypadek **choroby COVID19** ?								
4	Czy obserwuje Pan/i u siebie któryś z wymienionych **objawów** ?								
	gorączka (powyżej 38°C)								
	kaszel								
	duszność								
	problem z oddychaniem								
	ból mięśni								
	zmęczenie								
	katar								
	biegunka								
	ból gardła								
Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą		podpis	podpis	podpis	podpis	podpis	podpis	podpis	podpis