

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA COVID 19 BEZPIECZNE KURSY

1. Czy występują u Ciebie objawy wskazujące na chorobę zakaźną takie jak katar, kaszel, podwyższona temperatura, trudności w oddychaniu lub bóle w klatce piersiowej?.....TAK/NIE
2. Czy jesteś w trakcie obowiązkowej izolacji lub kwarantanny?.....TAK/NIE
3. Czy zamieszkujesz z osobą , która poddana jest obowiązkowej izolacji lub kwarantannie?.....TAK/NIE
4. Czy w ciągu ostatniego tygodnia miałś/miałaś kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowana do izolacji?.....TAK/NIE

.....
czytelny podpis i data