



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

### W ZAKRESIE OBJAWÓW ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS CoV-2

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

E-mail :

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

Tak

Nie

- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

- 1) Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak

Nie

.....  
Data

.....  
czytelny podpis Uczestnika