

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PRACOWNIKA

Imię i nazwisko pracownika :

.....

Czy czuje się Pani /Pan zdrowa/y : TAK / NIE

Czy występują u Pani/Pana : Duszności, Kaszel, Gorączka, Biegunka, Utrata Apetytu, Utrata Węchu lub Smaku – zaznaczyć objaw który występuje

Czy miała Pani/Pan kontakt z osobą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą , która przebywała na kwarantannie ? TAK / NIE

Czy miała Pani/Pan kontakt z osoba chorą, przeziębioną itp. ? TAK / NIE

* niepotrzebne skreślić

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą.

O wszelkich niepokojących sytuacjach będę informować na bieżąco Dyrektora Szkoły.

.....

Podpis Pracownika