

Ankieta dotycząca stanu zdrowia pracownika

Data:

Imię i nazwisko pracownik:

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

Czy występują u Pan: Duszności, Kaszel, Katar, Gorączka, Biegunka, Utrata Apetytu, Utrata Węchu lub Smaku – *zaznaczyć objaw, który występuje*

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

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

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

.....

podpis pracownika