………………………………………

(miejscowość, data)

**KWESTIONARIUSZ PRACOWNIKA Z PODEJRZENIEM ZACHOROWANIA NA COVID-19**

Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………………....................

Dział ……………………………………………………………………………………………..................

Stanowisko ……………………………………………………………………………………....................

Objawy zachorowania …………………………………………………………………………..................

……………………………………………………………………………………………...……................

……………………………………………………………………………………………...……................

……………………………………………………………………………………………...……................

……………………………………………………………………………………………...……................

……………………………………………………………………………………………...……................

……………………………………………………………………………………………...……................

W ostatnich dniach miałem kontakt z następującymi osobami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Data kontaktu** | **Numer kontaktowy**  **(o ile posiadam)** | **Forma kontaktu**  **(przebywanie w jednym pomieszczeniu bez maseczki, podanie ręki, niezachowanie dystansu społecznego)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………

(podpis)