………………………………………

 (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)