

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI



WYŻSZA SZKOŁA FIZJOTERAPII  
z siedzibą we Wrocławiu  
50-038 Wrocław, ul. T. Kościuszki 4  
tel./fax 071/ 34 25 002, 34 28 467  
REGON 931993374  
NIP: 897-16-05-520

Wyższa Szkoła Fizjoterapii z siedzibą we Wrocławiu 50-038, Wrocław ul. T. Kościuszki 4.

IMIĘ I NAZWISKO ANKIETOWANEGO.....

PESEL ..... . Numer telefonu lub E-mail.....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

Tak

Nie

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

Tak

Nie

3) 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

4) Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemicznym, kwarantanną lub hospitalizacją z powodu koronawirusa?

Tak

Nie

5) Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie

6) Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u domowników?

Tak

Nie

W przypadku pojawienia się wyżej wymienionych okoliczności u mnie lub w moim bliskim otoczeniu, zgłoszę ten fakt pracownikowi Centrum Rehabilitacji i Edukacji Medycznej, aby odwołać zabiegi, konsultacje i powiadomię o tym fakcie odpowiednie służby medyczne i epidemiologiczne: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/podejrzewasz-u-siebie-koronawirusa>

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w ankiecie wstępnej (aktualizacyjnej) oraz na pomiar temperatury w związku z zapobieganiem, przetwarzaniem i zwalczaniem COVID-19.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis ankiетowanego i składającego oświadczenie