

ANKIETA COVID-19 dla uczestników zawodów wioślarskich

Wrocław, dnia

Imię i nazwisko

Data urodzenia

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan(i) lub któryś z domowników za granicą w rejonach transmisji korona wirusa? 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 korona wirusa? TAK / NIE*
4. Czy jest Pan(i) lub któryś z domowników objęci nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)? TAK / NIE*
5. Czy obecnie u Pan(i) lub u któregoś z domowników występują objawy infekcji (gorączka, kaszel, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK / NIE*
6. Czy w ostatnich 2 tygodniach występowały u Pan(i) lub u któregoś z domowników wyżej wymienione objawy? TAK / NIE*

* niepotrzebne skreślić.

.....
podpis uczestnika