**KWESTIONARIUSZ   
oceny ryzyka epidemiologicznego  
*Choceńskie Centrum Kultury - Biblioteka***

*Szanowna(-y) Pani(-e),*  
Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie zakładu pracy Choceńskiego Centrum Kultury - Biblioteka, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Pani/Pana  
Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?   
    Tak Nie
2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?  
    Tak Nie
3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana **zakażenie wirusem SARS-CoV-2**?  
    Tak Nie
4. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie któryś z wymienionych **objawów?**

|  |  |
| --- | --- |
| gorączka (powyżej 38\*C) | Tak Nie |
| kaszel | Tak Nie |
| duszność | Tak Nie |
| problemy z oddychaniem | Tak Nie |
| ból mięśni | Tak Nie |
| zmęczenie | Tak Nie |
| katar | Tak Nie |
| biegunka | Tak Nie |
| ból garda | Tak Nie |

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina Podpis