KWESTIONARIUSZ
oceny ryzyka epidemiologicznego w zakładzie pracy
Szkoła Podstawowa nr 15 im. Polskich Noblistów w Częstochowie

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie *Szkoły Podstawowej nr 15 im. Polskich Noblistów w Częstochowie*, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Pani/Pana
Imię i nazwisko:

1. Czy został/a Pani/Pan lub osoba w Pani/Pana najbliższym otoczeniu **poddana kwarantannie**?
   Tak Nie
2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?
   Tak Nie
3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana przypadek **choroby COVID-19**?
   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 gardła	TAK	NIE

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina Podpis