

## Ankieta bezpieczeństwa sanitarnego

Dane osobowe abiturienta przystępującego do egzaminu w dniu:.....			
Nazwisko:	Imię:	PESEL:	
Adres:		Telefon:	
Zaznacz znakiem „x” właściwą odpowiedź:		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek objawy infekcji:			
Katar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaszel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jakie:.....	
Czy ktokolwiek z domowników miał objawy infekcji w ciągu ostatnich 14 dni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał Pan/Pani za granicą?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni wróciła z zagranicy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/Pani objęty kwarantanną?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

(podpis wypełniającego)