Załącznik 2

**Ankieta dotycząca stanu zdrowia**

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miałaś/-eś kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?

🞎 Tak

🞎 Nie

2. Czy ktoś z Twojego najbliższego otoczenia jest objęty nadzorem epidemicznym lub kwarantanną?

🞎 Tak

🞎 Nie

3. Czy zaobserwowałaś/-eś u siebie następujące objawy?

🞎 Gorączka powyżej 38ºC

🞎 Kaszel

🞎 Uczucie duszności, trudności w nabraniu powietrza

…………………………………………………..

Data i podpis