

KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Numer telefonu lub E-mail.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

2. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak

Nie

3. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, duszności, inne nietypowe)?

Tak

Nie

4. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

Tak

Nie

Uwaga! Jeśli w którymś z punktów zaznaczyłeś „Tak” nie możesz skorzystać z usługi.

Niniejszym oświadczam, iż w świetle obecnego zagrożenia epidemiologicznego, pomimo zastosowania przez Klub Atlantic wszystkich zalecanych środków ochronnych, jestem świadomy, że może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem oraz w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia.

Data

Czytelny podpis