**ANKIETA COVID – 19 – MUZEUM PRZYRODY I TECHNIKI W STARACHOWICACH**

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

Data i godzina wydarzenia…………………………………………………………………………………………………………………...........................

Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? **TAK / NIE**

Jeśli tak, to kiedy?..............................................................................................................................................................

Czy w **ciągu ostatnich 2 tygodni** występowały następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38 st. C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z występowaniem stanu epidemii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wywołanej zakażeniami wirusem SARS CoV-2. W przypadku podejrzenia zakażenia dane zostaną przekazane odpowiednim pracownikom Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.**

**Podpis klienta/data**…………………………………........................................................................................................................

**ANKIETA COVID – 19 – MUZEUM PRZYRODY I TECHNIKI W STARACHOWICACH**

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

Data i godzina wydarzenia…………………………………………………………………………………………………………………...........................

Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? **TAK / NIE**

Jeśli tak, to kiedy?..............................................................................................................................................................

Czy w **ciągu ostatnich 2 tygodni** występowały następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38 st. C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z występowaniem stanu epidemii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wywołanej zakażeniami wirusem SARS CoV-2. W przypadku podejrzenia zakażenia dane zostaną przekazane odpowiednim pracownikom Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.**

**Podpis klienta/data**…………………………………........................................................................................................................