

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO UCZESTNICTWA
W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY WE WŁOSZAKOWICACH
w związku z pandemią choroby COVID-19**

Proszę o umożliwienie mi / mojemu dziecku / małżonkowi / podopiecznemu(ej)
imię i nazwisko uczestnika ŚDS
uczestnictwa w zajęciach terapeutyczno – rehabilitacyjnych w Środowiskowym Domu Samopomocy
we Włoszakowicach i jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a) sytuacji epidemiologicznej oraz możliwości
zakażenia wirusem SARS CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika ŚDS
lub opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Data

.....
Czytelny podpis rodzica / małżonka

L.p.	Pytanie	Odpowiedź*	
1.	Czy w okresie ostatnich 14 dni Uczestnik lub któryś z domowników przebywał za granicą, w rejonach transmisji koronawirusa? <i>(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)</i>	Tak	Nie
2.	Czy w okresie ostatnich 14 dni Uczestnik miał(a) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? <i>(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)</i>	Tak	Nie
3.	Czy w okresie ostatnich 14 dni Uczestnik miał(a) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19?	Tak	Nie
4.	Czy Uczestnik lub któryś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	Tak	Nie
5.	Czy <u>obecnie</u> występują u Uczestnika lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	Tak	Nie
6.	Czy <u>w okresie ostatnich 14 dni</u> występowały u Uczestnika lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	Tak	Nie

* Zaznacz właściwą odpowiedź!

Zobowiązuję się do poinformowania Kierownika ŚDS o wszelkich zmianach dotyczących informacji przekazanych w powyższej ankiecie.

Jednocześnie zapewniam, że podane przeze mnie w ankiecie informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej związanej z ewentualnym spowodowaniem uszczerbku na zdrowiu w postaci ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, albo choroby realnie zagrażającej życiu – w rozumieniu przepisu art. 156 §1 pkt 2 Kodeksu karnego.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika ŚDS
lub opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Data

.....
Czytelny podpis rodzica / małżonka

Analiza informacji zawartych w Ankiecie oraz powyższe oświadczenia są podstawą dopuszczenia do udziału w zajęciach terapeutyczno – rehabilitacyjnych w Środowiskowym Domu Samopomocy we Włoszakowicach. W przypadku oceny, iż udział uczestnika w zajęciach może nieść zagrożenie dla pracowników lub pozostałych uczestników ŚDS, Kierownik ŚDS ma prawo odmówić udziału w zajęciach takiej osobie.