Zał. 2 do Pisma okólnego nr 12/20 z dnia 15.05.2020 r.

**Kwestionariusz oceny ryzyka epidemicznego  
 w Zakładzie Doskonalenia Zawodowego w Katowicach**

W celu zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim osobom przebywającym w budynkach Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Katowicach prosimy o wyrażenie zgody na wypełnienie niniejszego kwestionariusza. Wypełnienie kwestionariusza warunkuje możliwość udziału w zajęciach edukacyjnych oraz przebywania na terenie budynków .

**Imię i nazwisko osoby wypełniającej kwestionariusz (uczeń/ słuchacz /uczestnik kursu/wykładowca/ inny)\***

**…………………………………………………………………………………………………….………………….…………………………………………..**

Zgadzam się na wypełnienie niniejszego kwestionariusza oceny ryzyka epidemiologicznego

Tak Nie

**W przypadku zaznaczenia odpowiedzi ‘TAK’ proszę o odpowiedź na poniższe pytania.**

1. Czy w chwili wypełniania niniejszej ankiety jest Pan/Pani w trakcie diagnozowania zakażenia wirusem SARS-CoV-2

Tak Nie

1. Czy w Pani/ Pana najbliższym otoczeniu jest potwierdzony przypadek zakażenia COVID-19

Tak Nie

1. Czy Pan/ Pani lub osoba/y w najbliższym otoczeniu są poddani kwarantannie

Tak Nie

1. Czy obserwuje Pani/ Pan u siebie objawy wymienione poniżej:

gorączka powyżej 37,5 °C Tak Nie

duszności Tak Nie

uporczywy kaszel Tak Nie

problemy z oddychaniem Tak Nie

katar Tak Nie

biegunka Tak Nie

ból gardła Tak Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą. Jeżeli, w trakcie zajęć/pobytu na terenie Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Katowicach pojawią się u mnie objawy wskazujące na zakażenie SARS-CoV-2/COVID-19 natychmiast zgłoszę ten fakt przedstawicielowi ZDZ Katowice. Potwierdzam również, że zapoznałem/am się z procedurami bezpieczeństwa obowiązującymi w Zakładzie Doskonalenia Zawodowego w Katowicach w okresie zwalczania epidemii oraz wyrażam zgodę na ich stosowanie.

Dotyczy uczestników zajęć dydaktycznych.

Mam również świadomość, że uczestniczę w zajęciach zorganizowanych przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach na własną odpowiedzialność i w przypadku zakażania wirusem SARS-CoV-2 nie będę zgłaszać żadnych roszczeń wobec ZDZ Katowice .Jednocześnie wyrażam zgodę na udział w zajęciach dydaktycznych.

data i czytelny podpis

\*zaznaczyć właściwe