Załącznik nr 1do Zarządzenia I/57 / 2020

Oświadczenie

Szanowni Państwo,

W trosce o bezpieczeństwo społeczności akademickiej ASP we Wrocławiu, mając na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa COVID-19, prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety.

**Dane osoby wchodzącej na Uczelnię**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr albumu (dot. studentów, doktorantów) |  |

**Miejsce, cel wejścia**

|  |  |
| --- | --- |
| Budynek |  |
| Nr pracowni |  |
| Nr pomieszczenia |  |
| Cel wejścia |  |

1. **Czy występują u Pani/Pana takie objawy jak:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| **gorączka** |  |  |
| **kaszel** |  |  |
| **duszność** |  |  |
| **inne objawy ostrej infekcji dróg oddechowych** |  |  |

1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| **była Pani/ był Pan poza granicą kraju?** |  |  |
| **była Pani/ był Pan objęty kwarantanną z powodu podejrzenia zakażenia COVID-19?** |  |  |
| **miała Pani/ miał Pan bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem (COVID-19)?** |  |  |
| **miała Pani/ miał Pan bliski kontakt z osobą będącej w trakcie kwarantanny?** |  |  |
| **była Pani/ był Pan w miejscu, w którym leczono zakażonych koronawirusem COVID-19?** |  |  |

**Oświadczam, że zrozumiałam/ zrozumiałem treść pytań i odpowiedziałam/ odpowiedziałem na nie zgodnie z prawdą.**

Wrocław, dnia ……………………………………………………………………

Podpis osoby uprawnionej do wejścia na teren ASP we Wrocławiu

Uwaga!

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia stanu zdrowia w związku z epidemią „COVID-19”, umożliwiającego pobyt na terenie Uczelni oraz komunikowania się ze studentami i pracownikami.
2. Niniejszą ankietę należy **wypełnić ponownie** w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zmian w zakresie udzielonych odpowiedzi a także w przypadku nieobecności w ASP równej 5 dni kalendarzowych lub dłuższej niż 5 dni kalendarzowych.