ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

dla kandydata przed sprawdzianem lęku wysokości (akrofobia)

IMIĘ I NAZWISKO …………………………………………………………….………..

Nr kandydata ……………………………………………………………………….…….

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
* Tak
* Nie
1. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 dni występują, występowały u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka powyżej 38ºC, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza, inne nietypowe)?
* Tak
* Nie
1. Czy Pan(i) lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
* Tak
* Nie
1. Czy stosuje Pan(i) ochronę twarzy i dłoni tj. maseczki, rękawiczki, płyny do odkażania itp., jak również przestrzega Pan(i) aktualnych zasad i ograniczeń, wynikających z odnośnych przepisów, których zbiór prezentowany jest pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia> ?

* Tak
* Nie
1. Potwierdzam niniejszym chęć udziału w sprawdzianie lęku wysokości (akrofobia) oraz jestem świadomy, że sprawdzian odbywa się w okresie stanu epidemii, ogłoszonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r.
2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory – również na odpowiedzialność karną.

 …………………………… …………………………………

 data czytelny podpis kandydata