

ANKIETA - OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM

Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy

1. Czy miał/a Pan/Pani w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID-19?

TAK / NIE

2. Czy był/a Pan/Pani za granicą w ciągu ostatnich 14 dni?

TAK / NIE

Jeśli TAK – to gdzie?.....

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały u Pani/Pana następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić)**

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

4. Czy ktoś z domowników w ciągu ostatnich 14 dni obserwuje u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych - jak gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność, trudności?

TAK / NIE

5. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na pomiar temperatury?

TAK / NIE

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych zawartych w przedmiotowej ankiecie przez CTS Customized Training Solutions sp. z o.o., która jest organizatorem szkolenia, w celu weryfikacji oceny ryzyka zakażenia COVID-19.

Wyrażenie zgody jest niezbędne do prawidłowej organizacji szkolenia. Osobie której dane dotyczą przysługują następujące prawa względem Administratora danych osobowych: prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych, o ile będzie istniała techniczna możliwość jego realizacji, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Podpis Uczestnika / Data

.....