*Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych*

Imię i Nazwisko Beneficjenta ……….........................................................................................................................................................................

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 w okresie ostatnich 10 dni brał/a Pan/i udział w masowych imprezach (wesela, koncerty inne)?**

Tak

Nie

1. **Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**

Tak

Nie

1. **Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**

Tak

Nie

1. **Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś
z domowników?**

Tak

Nie

1. **Czy przechodził Pan(i) COVID-19?**

Tak

Nie

Jeżeli Tak proszę podać datę wystąpienia pierwszych objawów .................................................................................

1. **Czy jest Pan/Pani w pełni zaszczepiony/a przeciwko COVID-19?**

Tak

Nie

**INFORMACJA:**

**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/a - również na odpowiedzialność karną.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Czytelny podpis** |
|  |  |