

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ NAZWISKO	
PESEL	
NR. TELEFONU	
E-MAIL	
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszności?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem Covid-19?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w rejonach w których utrzymuje się koronawirus Covid-19?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE

W przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących powyższych pytań, w trosce o bezpieczeństwo pracowników i innych uczestników zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach.
 Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Jako administrator, WZ LZS, przetwarzam Państwa dane w celach związanych ze świadczeniem usług, w tym na potrzeby bieżącego kontaktu oraz w celach analitycznych. Swoim podpisem wyrażają Państwo jednocześnie zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania

czytelny podpis

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ NAZWISKO	
PESEL	
NR. TELEFONU	
E-MAIL	
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszności?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem Covid-19?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywała/a Pan/i w rejonach w których utrzymuje się koronawirus Covid-19?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE

W przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących powyższych pytań, w trosce o bezpieczeństwo pracowników i innych uczestników zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Jako administrator, WZ LZS, przetwarzam Państwa dane w celach związanych ze świadczeniem usług, w tym na potrzeby bieżącego kontaktu oraz w celach analitycznych. Swoim podpisem wyrażają Państwo jednocześnie zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania

czytelny podpis