

**Napi Egészségügyi szűrő formanyomtatvány (Koronavirus COVID-19)
a 47/2020. (III. 18.) Korm. rendelet 6. § (2) c) pontja alapján**

1. Családneve	2. Utóneve	3. Nyilatkozat ideje	
4. Születési idő	5. Állampolgársága, illetve melyik országból érkezett a munkavégzésre?		
6. Munkavégzés helye	7. A nyilatkozat idejét megelőző két hétben hol járt külföldön?		
8. Ez elmúlt két hétben jelentkeztek e önön az alábbi tünetek? (A megfelelő választ jelölje be)		Igen	Nem
a. láz			
b. nehézlégzés / légszomj			
c. köhögés			
d. hurut			
e. torokfájás			
f. levertség/rossz közérzet			
9. Az elmúlt két hétben érintkezett e Koronavírussal megerősítetten, vagy valószínűsítetten fertőzött személlyel? (beleértve az egy helyen történő, 15 percnél hosszabb tartózkodást)			
10. Az elmúlt két hétben járt-e külföldön (amennyiben igen, adja meg a 7. pontban annak helyét)?			
11. Van e cseppfertőzéssel terjedő betegsége?			
12. Elolvasta és betartotta az Ügyfél által előírt, a létesítménybe történő belépésre vonatkozó szabályzatot?			
13. Rendelkezik e maszkkal?			
14. Rendelkezik e kézfertőtlenítővel?			
15. Rendelkezik e a munkavégzéshez szükséges egyedi védőeszközökkel, illetve védőöltözettel?			
16. Pozitív e a napi CODIV-19-es tesztje? (Ez csak elérhető teszt idején releváns)			

Aláírás: