|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko osoby zgłaszającej. | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 2. | Numer telefonu osoby zgłaszającej. | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 3. | Adres e-mailowy osoby zgłaszającej. | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 4. | Podstawa świadczenia pracy, kształcenia, przebywania w budynku należącym do Uczelni.\* | | | | | | | | | |
| a) | Umowy o pracę. | | | | | | | |  |
| b) | Staż zawodowy. | | | | | | | |  |
| c) | Wolontariat. | | | | | | | |  |
| d) | Umowa cywilnoprawna. | | | | | | | |  |
| e) | Praktyka zawodowa. | | | | | | | |  |
| f) | Student studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych. | | | | | | | |  |
| h) | Doktorant studiów doktoranckich. | | | | | | | |  |
| i) | Doktorant szkoły doktorskiej. | | | | | | | |  |
| j) | Słuchacz studiów podyplomowych lub innej form kształcenia. | | | | | | | |  |
| k) | Mieszkaniec domu studenta. | | | | | | | |  |
| l) | Pracownik firmy świadczącej usługi na rzecz Uczelni. | | | | | | | |  |
| ł) | Pracownik firmy prowadzącej działalność gospodarczą w obiektach Uczelni. | | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | |
| 5. | Nazwa jednostki organizacyjnej (nazwa firmy), w której wykonywana jest praca lub odbywa się kształcenie: | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | |
| 6. | Nazwa Domu Studenta | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | |
| 7. | Data wystąpienia objawów chorobowych.\*\*\* | | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 8. | Data wykonania badania potwierdzającego obecność wirusa SARS-CoV-2.\*\*\* | | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 9. | Data wydania decyzji sanepidu o izolacji.\*\*\* | | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 10. | Data bliskiego kontaktu.\*\*\*\* | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | | | |
| 11. | Data wydania decyzji sanepidu o kwarantannie.\*\*\*\* | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | | | |
| 12. | Wykaz pracowników oraz studentów, z którymi osoba zgłaszająca miała bliski kontakt w okresie:   * 7 dni poprzedzających wystąpienie objawów chorobowych,\*\*\* * 7 dni przed pobraniem materiału do badania,\*\*\* * 7 dni od momentu bliskiego kontaktu, stanowiącego przyczynę decyzji o kwarantannie.\*\*\*\* | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | 1) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  | (imię i nazwisko) | |  | (jednostka organizacyjna Uczelni, firma lub wydział, kierunek i rok studiów) | | |  | (data kontaktu) | |
|  | 2) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 3) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 4) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 5) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 6) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 7) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 8) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 9) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 10) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 11) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | 12) |  | |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  |  | |

\* Należy wpisać X w odpowiedniej rubryce.

\*\* Numer nadaje się po dokonaniu rejestracji karty.

\*\*\*Dotyczy przypadku izolacji wynikającej z potwierdzonego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub podejrzenia choroby zakaźnej wywołanej tym wirusem.

\*\*\*\*Dotyczy przypadku kwarantanny wynikającej z podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 spowodowanego bliskim kontaktem, w przypadku wystąpienia objawów choroby lub potwierdzenia badaniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 należy uzupełnić odpowiednie dane w rubrykach 5 i 6 zgłoszenia.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 13) |  |  |  |  |  |
|  |  | (imię i nazwisko) |  | (jednostka organizacyjna Uczelni, firma lub wydział, kierunek i rok studiów) |  | (data kontaktu) |
|  | 14) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 15) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 16) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 18) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 19) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 21) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 22) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 23) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 24) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 25) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 26) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 27) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 28) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 29) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 30) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 31) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 32) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 33) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 34) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 35) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 36) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 37) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 38) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 39) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 40) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. | Dodatkowe informacje oraz uwagi. |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14. |  |  |  |  |  |
|  | (imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie) |  | (data przyjęcia zgłoszenia) |  | (podpis osoby przyjmującej zgłoszenie) |