|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |
| 8. | Data wykonania badania potwierdzającego obecność wirusa SARS-CoV-2.\*\* |  |
|  |
| 9. | Data wydania decyzji o izolacji.\*\* |  |
|  |
| 10. | Data ostatniego bliskiego kontaktu z osobą zakażoną.\*\*\* |  |
|  |  |  |
| 11. | Data wydania decyzji 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.

\*\*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) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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