|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 otrzymania zwolnienia lekarskiego. | | | | |  | | | | |
|  | | | | |
| 10. | Okres niezdolności do pracy. | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | |
| 11. | Wykaz pracowników oraz studentów, z którymi osoba zgłaszająca miała bliski kontakt w okresie:   * 2 dni poprzedzających wystąpienie objawów chorobowych, * 2 dni przed pobraniem materiału do badania, | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | 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) |  |  |  | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | | |
|  | 13) |  |  |  | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | | |
|  | 14) |  |  |  | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | | |
|  | 15) |  |  |  | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | | |

\* Należy wpisać X w odpowiedniej rubryce.

|  |  |
| --- | --- |
| 12. | Dodatkowe informacje oraz uwagi. |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 13. |  |  |  |  |  |
|  | (imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie) |  | (data przyjęcia zgłoszenia) |  | (podpis osoby przyjmującej zgłoszenie) |