

**COVID-19 ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ ПОСЕТИТЕЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ
КРУГЛОСУТОЧНОГО УХОДА НАРВСКОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

ПОСЕТИТЕЛЬ

Имя Фамилия

Личный код

Посещаемое лицо

1. Соприкасались ли Вы лично или кто-то из Ваших близких в течение последних 14 дней с человеком, зараженным вирусом COVID-19?

Да когда Нет

2. Присутствует ли у Вас как минимум один из ниже перечисленных симптомов?

Да Нет

- температура выше 37,5 °C
- кашель
- боль в горле
- проблемы с дыханием, нехватка кислорода
- отсутствие вкуса и обоняния
- боль в мышцах
- усталость

3. Находились ли Вы за границей в течение последних 14 дней?

Да где Нет

4. Был ли у Вас ранее сделан тест COVID-19, результат которого был ПОЗИТИВНЫЙ?

Да когда Нет

Настоящим подтверждаю, что все предоставленные мной данные верны.

.....

/подпись/

..... 2020

/число/