Okres trwania izolacji/hospitalizacji (wypełnia PSSE w Krakowie): ………………………………..

**Wywiad epidemiologiczny dla osoby, która uzyskała POZYTYWNY**

**wynik badania w kierunku SARS-CoV-2**

**Nazwisko i imię:** ……………………………………………… **PESEL:** ……………………………..………..............

**Telefon kontaktowy:** ………………………………… **e-mail:** …………………………….…………………………

**Data urodzenia:** ……………………………………………………………………….…………….………..................

**Adres zamieszkania/pobytu:** ………….………………………………………………………………………………

**Liczba i dane kontaktowe osób wspólnie zamieszkujących:** (podać liczbę)…………..  
**proszę podać dla każdej osoby: imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

2. ………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

3. ………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

4. ………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Aktualny stan zdrowia:** dobry/objawy chorobowe (wymienić jakie, np. gorączka, duszności, ból gardła,

bóle mięśniowe, bóle kostno-stawowe, kaszel, osłabienie) ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Data wystąpienia objawów:** ..…………………………………………….……………………….……………………

**Dane o miejscu pracy: (**nazwa/adres/telefon/e-mail) …………………….……………………...……………………

…………………………………………………………………………………………………………………………...

**Charakter pracy:** ………………………………………………………………………………………………………

**Ostatni dzień pobytu w pracy:** ………………………………………………………………………………………..

**Zgoda na odbiór odpadów komunalnych przez MPGO – dotyczy wyłącznie osób zamieszkałych w Krakowie** (w przypadku zgody do MPGO zostaną przesłane wyłącznie dane teleadresowe) **tak / nie**

**Uwagi:** …………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje prawne:**

Obowiązek przekazania powyższych informacji związany jest z prowadzonym dochodzeniem epidemiologicznym – zgodnie z art. 32 i 32a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.). Odmowa udzielenia informacji organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej może skutkować odpowiedzialnością w związku z wykroczeniami określonymi w art. 114 Kodeksu wykroczeń i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Dane są przetwarzane w celu prowadzenia ww. dochodzenia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) i i) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**Oświadczenie:**

Mając powyższe na uwadze oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych ujętych w niniejszym formularzu wywiadu epidemiologicznego, celem realizacji przez uprawniony organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej zadań wskazanych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

*(data i podpis osoby, od której zebrano dane*

*w ramach wywiadu epidemiologicznego)*