

KARTA LOKALIZACYJNA

1. W celu ochrony Twojego zdrowia, w związku z zagrożeniem epidemią koronawirusa, pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy poproszą Cię o wypełnienie tego formularza. Podanie poniższych informacji pozwoli im na kontakt z Tobą jeśli doszło do narażenia na chorobę zakaźną.
2. **Bardzo ważne jest aby wypełnić ten formularz dokładnie i w całości, czytelnie, DRUKOWANYMI LITERAMI.**
3. Twoje dane będą zabezpieczone zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO oraz ustawą o ochronie danych osobowych i użyte jedynie do ochrony zdrowia publicznego.
4. W przypadku dziecka, kartę wypełnia dorosły opiekun.

Dziękujemy, że pomagasz nam chronić Swoje zdrowie

I. DANE OSOBY

Imię i nazwisko:	
Nr PESEL / rodzaj, nr i seria innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:	
Adres zamieszkania: (państwo, województwo / region, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy):	
Nr telefonu do kontaktu: (najlepiej komórkowy, możesz podać więcej niż jeden):	
Adres e-mail do kontaktu:	
Adres tymczasowy: – jeżeli jesteś w Polsce tylko przejazdem (państwo, województwo, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy ew. nazwa hotelu):	
Osoba do kontaktu, w razie nagłej potrzeby: (imię i nazwisko, nr tel. najlepiej komórkowy):	

II. DANE PODRÓŻY

Czy w ostatnich 3 tygodniach przebywałeś poza terenem Polski lub odbywałeś podróże zagraniczne? TAK NIE

Jeśli zaznaczyłeś opcję TAK, wypełnij poniższą tabelę.

Państwo z którego przyjechano:	
Data przekroczenia granicy: (DD/MM/RRRR)	

III. OŚWIADCZENIA

Niniejszym oświadczam, że:

- a) jestem / nie jestem* osobą zarażoną wirusem SARS-CoV-2,
- b) przebywam / nie przebywam* w kwarantannie w związku z wirusem SARS-CoV-2,
- c) miałem/am / nie miałem/am* kontakt z osobą zarażoną wirusem SARS-CoV-2.

.....
(data i czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić