

Formularz deklaracji własnej UPM dotyczący koronawirusa

Bezpieczeństwo pracowników, wykonawców i gości jest najwyższym priorytetem dla firmy UPM. Ze względu na trwającą epidemię koronawirusa uprzejmie prosimy wszystkich naszych gości i wykonawców o wypełnienie kwestionariusza kontrolnego. Taka współpraca umożliwi nam podjęcie środków zapobiegawczych w celu ochrony wszystkich osób w naszym zakładzie. Prosimy o dokładne zapoznanie się z instrukcjami firmy UPM i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. **Dziękujemy za poświęcony czas!**



Skrócone wytyczne UPM:

- Nie wchodź do naszych pomieszczeń, jeśli jesteś chory/-a lub masz jakiegokolwiek objawy.
- Zachowaj odległość co najmniej 2 m od innych osób.
- Unikaj dotykania twarzy i ust.
- Regularnie czyść ręce środkiem dezynfekującym do rąk lub myj je wodą z mydłem.
- Kaszląc lub kichając zakrywaj usta wewnętrzną stroną łokcia lub chusteczką higieniczną.
- Jeśli zaobserwujesz u siebie jakiegokolwiek objawy lub poczujesz się chory/-a, natychmiast zgłoś to swojemu przełożonemu lub gospodarzowi. Ma to na celu ochronę innych osób i stanowi bardzo ważną kwestię.

1. Imię i nazwisko: _____

2. Firma: _____

3. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni odbyłeś/-aś jakiegokolwiek podróże?

Nie

Tak, szczegóły (odwiedzone obszary):

Przed przyjazdem należy rozważyć następujące kwestie:

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś/-aś kontakt z osobami chorymi na COVID-19 lub mającymi z nim styczność?

5. Czy obecnie występują u Ciebie następujące objawy COVID-19: gorączka, kaszel, problemy z oddychaniem, ogólne osłabienie, ból mięśni, biegunka?

* Jeśli odpowiedź na pytania 4 lub 5 brzmi „tak”, **wstęp do placówki nie jest możliwy.**

Prosimy codziennie podpisywać formularz deklaracji.

Formularz należy mieć przy sobie i okazywać go codziennie przy bramce po przyjeździe. W przypadku zmiany odpowiedzi natychmiast zgłoś to gospodarzowi.

Potwierdam, że podane przeze mnie informacje są dokładne i kompletne.

Dzień 1: Data _____ Podpis _____

Dzień 2: Data _____ Podpis _____

Dzień 3: Data _____ Podpis _____

Dzień 4: Data _____ Podpis _____

Dzień 5: Data _____ Podpis _____