1. számú melléklet

**Kockázatszűrő kérdőív**

Alulírott,

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: |  |
| Anyja neve: |  |
| Telefonszám: |  |
| E-mail cím: |  |

a Pécsi Tudományegyetem **hallgatója/tanulója/közalkalmazottja** büntetőjogi felelősségem tudatában ezúton nyilatkozom (kérem, az Önre igaz állítás rubrikájába tegyen X-et):

**Jelentkezett-e Önnél az elmúlt három nap során újonnan kialakult**

* láz vagy hőemelkedés (37,5 C);
* fejfájás, rossz közérzet, gyengeség, izomfájdalom;
* száraz köhögés, nehézlégzés, légszomj, szapora légvétel;
* torokfájás, szaglás/ízérzés elvesztése,
* émelygés, hányás, hasmenés

Igen  Nem

**Érintkezett-e az elmúlt 14 napban igazoltan koronavírus-fertőzésben szenvedő beteggel?**

Igen  Nem

**Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során olyan személlyel, akit hatósági karanténban különítettek el koronavírus-fertőzés gyanúja miatt?**

Igen  Nem

**Járt-e 14 napon belül külföldön, vagy fogadott-e külföldről érkezett vendéget?**

Igen  Nem

**Érintkezett-e az elmúlt 14 napban olyan emberrel, akinek láza, köhögése, légszomja volt?**

Igen  Nem

Ezt a nyilatkozatot a Pécsi Tudományegyetem területére történő belépés céljából töltöttem ki. A nyilatkozat kitöltésével elfogadom az Egyetem intézménylátogatási rendjét. Tudomásul veszem, hogy a kockázatszűrő kérdőív kiértékelésének eredménye függvényében az egészségügyi szakmai szabályoknak megfelelő, molekuláris biológiai vizsgálaton – SARS-CoV-2 teszt – vehetek részt, amelynek tűrésére kötelezhető vagyok.

Kelt: ........, 2020. ….hó ………nap

…………………………..……………………………  
 aláírás