

**Zarządzenie Nr 9/WNMMiNoZ/2020**  
**Dziekana**  
**Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**  
**Uniwersytetu Technologiczno - Humanistycznego**  
**im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu**  
**z dnia 20.05.2020 r.**

*w sprawie: dokumentacji obowiązującej studentów Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu przed rozpoczęciem zajęć dydaktycznych w trybie stacjonarnym w siedzibie Uczelni w okresie zagrożenia wirusem SARS – CoV-2*

W celu wypełnienia zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących bezpieczeństwa organizacji zajęć dydaktycznych w siedzibie Uczelni, w trybie stacjonarnym dla studentów Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, które ze względu na swoją specyfikę nie mogą być w pełni zrealizowane z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość,

zarządzam:

- 1) student/ka przed rozpoczęciem zajęć praktycznych obowiązkowo składa *oświadczenie*, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia,
- 2) każdorazowo przed zajęciami praktycznymi student/ka wypełnia *wywiad epidemiologiczny*, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**Dziekan**  
**Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**  
  
**dr hab. n. med. Leszek Markuszewski, prof. UTH Rad.**

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL .....

NR TELEFONU .....

ADRES ZAMIESZKANIA .....

W trosce o bezpieczeństwo Państwa odbywających zajęcia w budynkach UTH prosimy o rzetelne odpowiedzi na niżej wymienione pytania:

1. Czy u Pani/a występują lub występowały w ciągu ostatnich 24 godzin, którekolwiek z poniższych objawów:

- |                                                      |     |     |
|------------------------------------------------------|-----|-----|
| • gorączka powyżej 38 st C                           | TAK | NIE |
| • Kaszel                                             | TAK | NIE |
| • Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza | TAK | NIE |

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?

- TAK
- NIE

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub izolacji w domu ?

- TAK
- NIE

4. Czy jest Pan/i objęty/a kwarantanną lub izolacją w związku z zakażeniem koronawirusem?

- TAK
- NIE

DATA .....

CZYTELNY PODPIS.....

## OŚWIADCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO

.....

PESEL

.....

...

WYDZIAŁ

.....

KIERUNEK

.....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział w zajęciach praktycznych odbywających się w budynku UTH w grupach pięcioosobowych z Nauczycielem zawodu.

DATA .....

CZYTELNY PODPIS.....