



Dotazník pro analýzu rizika nákazy koronavirem Seminář Novinky a trendy Agilent Technologies Coronavirus risk questionnaire

Společnost **HPST, s.r.o.**, zpracovává Vaše níže uvedené osobní údaje po dobu 3 měsíců, a to z důvodu ochrany zdraví a bezpečnosti. Po uplynutí lhůty 3 měsíců budou Vaše níže uvedené osobní údaje uchovávané HPST, s.r.o., odstraněny z databáze.

Jméno účastníka/Name of the participant:	
Datum narození/Date of birth:	
Vysílající instituce/Sending institution:	
Kontaktní údaje (e-mail, telefon) Contact information (e-mail, phone number):	
Cestovali jste do zahraničí v posledních 14 dnech?/Have you travelled internationally in the last 14 days?	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Pokud ano, specifikujte kategorii navštívené země a uveďte datum vašeho návratu (země, kategorie, datum návratu) /If yes, please specify the category of the country and provide the return date (city/country/date)	
Byli jste v posledních 14 dnech v kontaktu s lidmi, kteří navštívili oblasti postížené koronavirem zařazené na seznam červených a tmavě červených zemí?/Have you been in contact with a person that visited coronavirus affected areas specified in the list of the red and dark red coloured countries in the last 14 days?	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Pokud ano, specifikujte zemi, do které cestovali/If yes, please specify where they travelled to	
Pocítujete některý z uvedených příznaků?/Do you experience any of the following symptoms? (prosím zaškrtněte/please mark) <ul style="list-style-type: none">- Kašel/Cough- Obtíže s dýcháním/Breathing difficulties- Ucpaný nos nebo rýma/Stuffiness and/or runny nose- Bolest v krku/Sore throat- Bolest hlavy/Headache- Únava/Fatigue- Jiné příznaky/Other symptoms _____	
Potvrzení o očkování proti COVID-19, přičemž od poslední dávky uběhlo nejméně 14 dní /Proof of COVID-19 vaccination (at least 14 days after the last dose)	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Negativní RT-PCR test ne starší než 72 hodin/Negative RT-PCR test not older than 72 hours	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Prodělání onemocnění COVID-19 v posledních 180 dnech/Recovery from COVID-19 in the last 180 days	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Seznámil(a) jsem se s Plánem hygienicko epidemiologických opatření a souhlasím s jeho dodržováním /I have read the Plan of Hygienic and Epidemiological Measures and I agree to follow it Jsem si vědom/á právních následků plynoucích z uvedení nepravdivých údajů v tomto dotazníku, především jsem si vědom/á, že svým konáním mohu naplnit některou ze skutkových podstat trestných činů ohrožující život a zdraví (&152 a &153 trestního zákoníku - šíření nakažlivé nemoci).	Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/>
Datum/Date	Podpis/Signature