**АНКЕТА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Поездки за последние 14 дней  в КНР и другие страны неблагополучные по коронавирусной инфекции\* | Да  Нет |
| Наличие симптомов ОРВИ  (Температура, кашель, насморк, слабость и т.д.)\* | Да  Нет |
| Были ли Вы в контакте с людьми с подтвержденным наличием COVID-19?\* | Да  Нет |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Имя\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Электронная почта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Адрес постоянной регистрации\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес фактического проживания\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Серия\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Номер\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Место работы/учебы\* |  | | | | | | | | | | | | | |

\*Поля обязательные для заполнения

|  |  |
| --- | --- |
| Принимаю условия обработки персональных данных\* | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расшифровка подписи |

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_