**Ellenőrző lista – HALLGATÓI INTÉZMÉNYLÁTOGATÁSHOZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **A hallgató neve** |  |
| **Tartózkodási helye (pontos cím)** |  |
| **Telefonszáma** |  |
| **E-mail cím** |  |
| **Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)** |  |
| **Kar/Évfolyam/Csoport** |  |
| **Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?**KöhögésNehézlégzés, légszomjLázHidegrázásIzomfájdalomTorokfájásÚjonnan kialakult ízérzés-vagy szaglászavarHányás, hasmenés | igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐ |
| Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?Végzett-e az elmúlt 14 napban önkéntes gondozói, segítői munkát a Semmelweis Egyetemen kívüli intézményben, idősotthonban? | igen ☐ nem ☐igen ☐ nem ☐ |
| **Kérjük, jelölje meg az Önre vonatkozó állítást!**1. A járványügyi vészhelyzet teljes időtartama alatt Magyarországon tartózkodtam ☐

vagy több mint két hete már Magyarországon tartózkodom1. Negatív SARS-CoV-2 PCR lelettel rendelkezem, amelyet a belépéskor bemutatok ☐
 |
| Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem az Egyetem intézménylátogatásra vonatkozó szabályait (szájmaszk viselése, védőtávolság és higiéniai előírások betartása) és ezeket magamra nézve kötelezőnek fogadom el.**Dátum, aláírás:**Budapest, 2020. ……………………………………..  a hallgató aláírása |