

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SINTOMAS COVID-19 (CHECKLIST)

Atendendo a legislação vigente, diariamente se faz necessário a verificação de sintomas dos colaboradores, professores e alunos do CESVALE, assim, solicitamos que responda as questões a seguir, assinalando as alternativas SIM ou NÃO.

***Obrigatório**

1. Endereço de e-mail *

2. Data: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Nome Completo: *

4. Não possui nenhum sintoma? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Está sentindo algum sintoma? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Teve contato com quem testou positivo para COVID-19? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários