Приложение 1.

Штамп медицинского
Учреждения

Уведомительный лист
об отсутствии контакта с больными COVID-19

ФИО участника _____
_____
Дата рождения _____
Проживающего по адресу _____
_____

1. **За пределами РФ за последние 14 дней находился ___ДА___/__НЕТ____**

2. **В контакте с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которые в последующем заболели, находился _____ДА____/____НЕТ_____**

3. **В контакте за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19, находился ____ДА____/____НЕТ___**

4. **Наличие клинических симптомов ОРВИ за последние 14 дней отрицаю**

Врач _____ /_____
подпись, печать Расшифровка

«_____» _____2021 г.