Заявление. Самооценка состояния сотрудника компании / сотрудника компании-подрядчика / посетителя

**Имя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_ **Имя непосредственного руководителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата заполнения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **№ контактного телефона**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Компания Worley обеспокоена вопросами вашей безопасности и безопасности ваших коллег по работе. Компания считает своим обязательством заботиться о всех её сотрудниках, сотрудниках компаний-подрядчиков и посетителях и таким образом проводит данную самооценку для определения потенциала инфицирования вирусом СOVID-19.

В интересах обеспечения безопасного рабочего окружения и охраны здоровья мы просим вас внимательно ответить на нижеуказанные вопросы.

Имеет ли отношение к ВАМ что-нибудь из указанного ниже?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Находились ли вы в близком контакте\* (определение ниже) с человеком с подтвержденным наличием вируса COVID-19, включая проживание с ним или его посещение в течение последних 14 дней? | * 1. [ ]  Да
 | * 1. [ ]  Нет
 |
|  | Посещали ли вы нижеуказанные страны с уровнем опасности 3 в течение последних 14 дней? Пожалуйста, укажите, осуществляли ли вы поездки куда-либо за пределы США? Если да, то укажите куда:  | * 1. [ ]  Да
 | * 1. [ ]  Нет
 |
|  | Есть ли у вас в данный момент симптомы простуды или гриппа?  | * 1. [ ]  Да
 | * 1. [ ]  Нет
 |
|  | * 1. Пожалуйста, запишите показание вашей только что измеренной температуры тела:
	2. \_\_\_  oC или \_\_\_  oF
	3. Это показание **превышает** 38°C или 100,4°F?\*\*
 | * 1. [ ]  Да
 | * 1. [ ]  Нет
 |
| \*Близким контактом по определению Центра Контроля за Заболеваниями считается нахождение с инфицированным в зоне примерно 6 футов (1,98 м), в одном помещении или месте, в котором ему оказывается помощь в течение продолжительного времени. Либо это прямой контакт c инфекцией (например, кашель).\*\*Показание температуры тела на уровне 380С или 100,40F является стандартом, который определён в 42 Разделе Федеральных Нормативов, статьи 70-71 «Заключительное Определение», как симптом заболевания, о котором нужно информировать. |

Если вы ответили на один из вопросов «да» и:

* У вас явные симптомы гриппа / вируса COVID-19, мы направляем вас к врачу под наблюдение и вы не можете находиться на объектах компании Worley.
* У вас нет явных симптомов гриппа / вируса COVID-19, вы не допускаетесь на объекты компании Worley в течение 14 дней после вашего последней, возможной подверженности вирусу гриппа.

**Посещали ли вы или находились в транзите в нижеуказанных странах в течение последних 14 дней (последняя дата: 13 марта 2020 г.)?**

* Китай
* Гон Конг
* Иран
* Южная Корея
* Япония
* Италия
* Следующие европейские страны (Австрия, Бельгия, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Монако, Сан-Марино, Ватикан)