

**Egenerklæring:**

Navn:

Telefon:

<u>Spørsmål</u>	<u>Ja</u>	<u>Nei</u>
Har du vært forkjølet, hatt feber, hatt oppkast/diare, eller hatt luftveissymptomer de siste 10 dagene?		
Er du bekreftet smittet, eller mistenker smitte av Covid-19 siste 10 dager?		
Har du vært i nærkontakt med noen som har fått påvist Covid-19?		
Har du vært utenlands de siste 10 dagene?		

Dato:

Signatur