**IZRADA PROGRAMA UKUPNOG RAZVOJA KOSTRENA ZA RAZDOBLJE 2021. – 2027. – RADIONICA 2. RADNE SKUPINE - GOSPODARSTVO I TURIZAM**

Obrazac za praćenje kontakata

Ime I prezime sudionika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaša stalna adresa (ulica / grad / poštanski broj / država):

Vaš broj telefona (fiksni i mobilni):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaša email adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zemlje koje ste posjetili ili boravili u zadnjih 14 dana:

Da li ste u posljednjih 14 dana: DA NE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imali bliski kontakt s bilo kime kome je dijagnosticirana COVID-19 bolest? |  |  |
| pružili izravnu njegu oboljelom od COVID-19 bolesti? |  |  |
| posjetili ga ili boravili u zatvorenom okruženju s bilo kojim bolesnikom s COVID-19 bolešću? |  |  |
| radili u neposrednoj blizini ili dijelili istu prostoriju s oboljelim od COVID-19 bolesti? |  |  |
| putovali zajedno s oboljelim od COVID-19 bolesti u bilo kojoj vrsti prijevoznog sredstva? |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vlastoručni potpis