

ALLEGATO 2 - MODELLO DI SCHEDA DI ANAMNESI PERSONALE

NomeCognome

Codice Fiscale Tel. (cellulare)

dipendente dell'impresa

nato a Il residente in

via/piazza N.

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID19 ed inoltre:

1. Ha avuto una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni?

- Stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID19 senza utilizzo DPI

SI	NO
----	----
- Assistenza a caso sospetto o confermato di COVID-19 senza utilizzo DPI

SI	NO
----	----

2. Ha avuto uno dei seguenti sintomi?

- Tosse

SI	NO
----	----
- Dispnea

SI	NO
----	----
- Disturbi gastrointestinali

SI	NO
----	----

 (5-6 o più scariche diarroiche)
- Febbre

SI	NO
----	----

Data

Firma del Lavoratore

Se ci sono uno o più SI al Punto 1 →Avviare le procedure per l'effettuazione del Tampone COVID19.

Se ci sono uno o più SI ai Punti 1 e 2 → Il soggetto deve praticare tampone COVID19 ed essere avviato ad isolamento domiciliare con sorveglianza attiva da parte del SEP competente in attesa di risultato diagnostico.