

Sub -ALLEGATO 1 - 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 SOTO 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 covid-19 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.

Informativa ai sensi del D. Lgs 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR Regolamento UE (2016/679).

I dati sopra riportati vengono richiesti in base alle vigenti disposizioni legislative in materia e sono necessari per l'espletamento delle attività connesse all'emergenza sanitaria COVID19. Gli stessi verranno trattati, anche con modalità informatiche, esclusivamente per tale scopo; il conferimento dei dati è obbligatorio. Il titolare del trattamento è l'azienda per la quale viene svolta l'attività.

Il sopraindicato sig/sig.ra..... autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa vigente in materia.

Data

Firma del Lavoratore