

QUESTIONARIO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO COVID-19

NOME PARTECIPANTE: _____

ti invitiamo a prestare attenzione e a rispondere a tutte le domande sotto riportate. Il questionario ha lo scopo di gestire e ridurre il rischio di un possibile contagio dal virus Covid-19 in azienda in piena armonia con le indicazioni fornite dalle autorità sanitarie italiane.

1. Negli ultimi 14 giorni hai effettuato spostamenti nelle aree a maggior rischio epidemiologico?

- [ATTENZIONE] In caso positivo le ordinanze del Ministro della Salute diramate con i comunicati n. 85 e 87 del 21/02/2020 dispongono la permanenza domiciliare con obbligo di segnalazione da parte del soggetto alle autorità sanitarie locali (ASL competente).*

SI

NO

2. Hai avuto contatti con persone rientrate da viaggi negli ultimi 14 giorni?

- [ATTENZIONE] In caso positivo il Decreto del Presidente del Consiglio del 23/02/2020 dispone la permanenza domiciliare con obbligo di segnalazione da parte del soggetto alle autorità sanitarie locali (ASL competente).*

SI

NO

3. Hai avuto negli ultimi 14 giorni contatti con persone risultate positive al virus (a casa, a lavoro, ecc.)?

- [ATTENZIONE] In caso positivo l'ordinanza del Ministro della Salute diramata con il comunicato n. 85 del 21/02/2020 dispone l'isolamento quarantenario obbligatorio con segnalazione da parte del soggetto alle autorità sanitarie locali (ASL competente).*

SI

NO

4. Hai frequentato ambienti sanitari con casi sospetti/accertati?

SI

NO

5. Hai sintomi influenzali (febbre/tosse/difficoltà respiratorie)?

SI

NO

Il/la sottoscritto/a..... dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato nel presente questionario corrisponde a verità autorizzando l'organizzazione al trattamento dei dati in esso riportati ai sensi del DLGS 196/03 e GDPR (RUE 2016/679)

DATA: _____

FIRMA: _____