

\_\_\_\_\_ LI \_\_\_\_\_

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Operaio/Impiegato PRESSO LA \_\_\_\_\_ SITA IN G \_\_\_\_\_, VIA \_\_\_\_\_ VISTA LA \_\_\_\_\_

DICHIARO QUANTO SEGUE

**IN RIFERIMENTO AGLI ULTIMI 15 GIORNI**

SI NO SONO CONVIVENTE CON IL CASO COVID 19

SI NO HO AVUTO CONTATTO DIRETTO CON IL CASO COVID 19 (ES. STRETTA DI MANO)

SI NO HO AVUTO CONTATTO DIRETTO NON PROTETTO CON LE SECREZIONI DEL CASO COVID 19  
(ES. TOCCARE A MANI NUDE FAZZOLETTI DI CARTA USATI)

SI NO HO AVUTO CONTATTO DIRETTO (FACCIA A FACCIA) CON IL CASO COVID 19 A  
DISTANZA INFERIORE AI 2 METRI E DI DURATA MAGGIORE A 15 MINUTI

SI NO MI SONO TROVATO IN AMBIENTE CHIUSO (ES. AULA, SALA RIUNIONI, SALA D'ATTESA  
DELL'OSPEDALE) CON IL CASO COVID 19 PER ALMENO 15 MINUTI AD UNA DISTANZA  
INFERIORE AI 2 METRI

SI NO MI SONO AVVICINATO IN QUALITA' DI OPERATORE SANITARIO AL CASO COVID 19 PRIVO DEI  
DPI RACCOMANDATI O UTILIZZANDO DPI NON IDONEI

SI NO HO VIAGGIATO CON IL CASO COVID 19 MANTENENDO UNA DISTANZA INFERIORE AI 2 METRI

HO AVUTO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI

SI NO TOSSE –INFEZIONI RESPIRATORIE –RINITE –FEBBRE O TEMPERATURA SUPERIORE AI 37°

In Fede

\_\_\_\_\_