

**PROTOCOLLO DI SICUREZZA SANITARIA** **Allegato 1**  
**SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE COVID-19**

(da inviare a [centromail@centromail93.com](mailto:centromail@centromail93.com) con oggetto "SCHEDA ANAMNESTICA")

**- LAVORATORE**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Nato/a a:** \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ **Residente a:** \_\_\_\_\_ ( ) **Via** \_\_\_\_\_

**Azienda:** \_\_\_\_\_ **Sede di:** \_\_\_\_\_ **Mansione :** \_\_\_\_\_

(sbarrare la voce che interessa)

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (DPR 445/200):

- 1) Che negli ultimi 15 giorni ha soggiornato o transitato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità? *SI* quale \_\_\_\_\_ *NO*
- 2) Che negli ultimi 15 giorni ha avuto contatti con un suo conoscente che ha contratto l'infezione da COVID-19? *SI* *NO*
- 3) Che è stato sottoposto alla misura di quarantena o che è risultato positivo al COVID-19? *SI* *NO*
- 4) ha attualmente qualcuno dei seguenti sintomi insorti recentemente:

• Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- 5) soffre di: **immunodepressione** *SI* *NO*; **malattie polmonari gravi** *SI* *NO*;  
**malattie cardiache** *SI* *NO*; **diabete mellito** *SI* *NO*;  
**malattie oncologiche o onco-ematologiche** *SI* *NO*;  
**è attualmente in chemioterapia o radioterapica** *SI* *NO*;  
**è in stato di gravidanza** *SI* (certificazione del ginecologo da allegare) *NO*

- 6) assume farmaci? *SI*, quali: \_\_\_\_\_ *NO*

**NB. : allegare documentazione specialistica e/o certificato del medico curante**

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma del lavoratore** \_\_\_\_\_

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Acconsento alla compilazione

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

DA INVIARE AL MEDICO COMPETENTE ALLA SEGUENTE E-MAIL [centromail@centromail93.com](mailto:centromail@centromail93.com)