



## EMERGENZA COVID19

Spett.le Datore di Lavoro

Spett.le Medico Competente

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO COVID19

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

#### Dichiara

1. Di essere interessato dai seguenti sintomi negli ultimi 15gg:

Patalogia	Si	No
Febbre oltre i 37,5°C		
Tosse secca		
Mal di gola		
Difficoltà respiratorie		
Vomito		
Diarrea		

2. Di aver avuto contatto con persone che sono state in Cina negli Ultimi 15gg:  SI  NO;
3. Di aver viaggiato in Cina negli Ultimi 15gg:  SI  NO;
4. Di aver soggiornato, sia per lavoro sia per motivi personali,  
nelle aree oggetto odierno di quarantena:  SI  NO;
5. La sua temperatura corporea attuale è fuori norma (>37,5°C) e soffre di  
mal di gola, tosse secca, difficoltà respiratoria, raffreddore:  SI  NO;
6. Di informare il mio Dirigente e/o Responsabile non appena  
ci siano variazioni nelle dichiarazioni sopra riportate.

*Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati sopra forniti nel rispetto delle norme sulla Privacy: D.Lgs.196/2003 e GDPR 25/05/2018*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_