

Dati anagrafici / anamnestici – da riempire a cura del dipendente

1) COGNOME	
2) NOME	
3) CODICE FISCALE	
4) IDENTIFICATIVO	(codice segreto riservato alle Forze dell'Ordine)
5) ULTIME 5 CIFRE TESSERA SANITARIA	
6) DATORE DI LAVORO	
7) Mansione specifica	
8) CAP e Comune del luogo lavorativo	
9) Luogo di lavoro	

10) Sintomi dal 01/01/2020

Febbre superiore a 37,5°C	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Alterazione o perdita del gusto	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Alterazione o perdita olfatto	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Esposto ad un caso COVID confermato	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
Dal 01/01/2020 nel nucleo familiare ci sono stati episodi influenzali	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>
E' stato eseguito in precedenza il Tampone COVID?	<input type="checkbox"/> SI	NO	<input type="checkbox"/>

Se ci sono riposte positive specificare per ogni sintomo se si è verificato nell'ultimo mese o da più di un mese

Firma _____