

Questionario da compilare quando si entra al lavoro

PARTE 1 (da compilarsi da parte del lavoratore/della lavoratrice)

Il sottoscritto Nome.....Cognome.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

	SI	NO	data di cessazione dei sintomi
a) di essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di essere risultato positivo al COVID-19			
b) di aver rilevato la propria temperatura corporea e questa è risultata superiore a 37,5°			
c) di presentare sintomi quali			
raffreddore e naso che cola			
difficoltà respiratoria			
affaticamento			

Firma.....Data della compilazione.....

PARTE 2 (da compilarsi da parte del Datore di Lavoro)

Se il lavoratore/la lavoratrice ha risposto NO a tutte le domande, allora la persona può rimanere al lavoro / tornare al lavoro (**completare e firmare qui sotto**).

Tuttavia, se il lavoratore/la lavoratrice ha risposto SI ad almeno una delle domande, alla persona non sarà permesso di lavorare nell'impresa almeno fino a 14 giorni dopo che i sintomi sono scomparsi.

Confermo che può entrare al lavoro.

Firma.....Data della compilazione.....

PARTE 3 (da compilarsi da parte del Datore di Lavoro)

Quali Dispositivi di Protezione Individuale sono stati consegnati al lavoratore	SI	NO
Mascherine di tipo FFP2 o FFP3		
Mascherine di tipo chirurgico		
Guanti monouso in lattice o in nitrile		

Firma.....Data della compilazione.....