

**Sub -ALLEGATO 1 - MODELLO DI SCHEDA DI ANAMNESI PERSONALE**

Nome .....Cognome .....

Codice Fiscale ..... Tel. (cellulare) ....., dipendente dell'impresa ..... nato a ..... il ....., residente in ..... via/piazza ..... N. ....,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.),

**DICHIARA SOTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena, ovvero di non essere risultato positivo al COVID19;  
**ed inoltre:**

**1 Ha avuto una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni?**

- Stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di covid-19 senza utilizzo DPI.  SI  NO
- Assistenza a caso sospetto o confermato di covid-19 senza utilizzo DPI.  SI  NO

**2 Ha avuto uno dei seguenti sintomi?**

- Tosse  SI  NO
- Dispnea  SI  NO
- Disturbi gastrointestinali  SI  NO (5-6 o più scariche diarroiche)
- Febbre  SI  NO

Data

Firma del Lavoratore

**Se ci sono uno o più SI al Punto 1 → Avviare le procedure per l'effettuazione del tampone COVID19.**

**Se ci sono uno o più SI ai Punti 1 e 2 → Il soggetto deve praticare tampone COVID19 ed essere avviato ad isolamento domiciliare con sorveglianza attiva da parte del SEP competente in attesa di risultato diagnostico.**

**Informativa ai sensi del D. Lgs 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR Regolamento UE (2016/679).**

I dati sopra riportati vengono richiesti in base alle vigenti disposizioni legislative in materia e sono necessari per l'espletamento delle attività connesse all'emergenza sanitaria COVID19. Gli stessi verranno trattati, anche con modalità informatiche, esclusivamente per tale scopo; il conferimento dei dati è obbligatorio. Il titolare del trattamento è l'azienda per la quale viene svolta l'attività.

**Il sopraindicato sig/sig.ra..... autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa vigente in materia.**

Data

Firma del Lavoratore