

**Allegato 2 – MODELLO DI SCHEDA DI ANAMNESI PERSONALE**  
del personale ditta interventi occasionali

Il sottoscritto (*nome*)..... (*cognome*).....

Codice Fiscale: ....., Tel. (cellulare): .....

nato a .....( ...), il .../.../....., residente in .....(..)

via/piazza ..... n° .....

dipendente della ditta/società .....

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID 19

ed inoltre:

1. di aver 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 di DPI;  SI  NO

- assistenza a caso sospetto o confermato di COVID-19 senza utilizzo DPI  SI  NO

2. di aver 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 COVID-19

Se ci sono uno o più SI ai Punti 1 e 2→ Il soggetto deve praticare tampone COVID-19 ed essere avviato ad isolamento domiciliare con sorveglianza attiva da parte del SEP competente in attesa di risultato diagnostico.