



CASA DI RIPOSO
“CESARE ED EMILIO PRANDONI” O.N.L.U.S.
22020 TORNO (CO) . VIA PLINIO, 12
TEL 031 419333 - 031 419066 - FAX 031 417080
www.casaprandoni.it casaprandoni@casaprandoni.it
C.F. / P. IVA: 00706880135

EMERGENZA SANITARIA CORONA-VIRUS

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DIPENDENTE AL RIENTRO DALLE FERIE

Si informa il gentile dipendente che in ottemperanza alle normative tempo per tempo vigenti, e al “Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” del 24 Aprile 2020 è richiesta la compilazione del seguente questionario al fine di prevenire il contagio COVID-19 e attuare quanto previsto dal protocollo interno e dai protocolli anti-contagio ai sensi dell’art. 1 n.7 del DPCM 11/03/2020.

Rispondere con un SI/NO

- a) Presenta sintomi similinfluenzali, quali tosse, raffreddore, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, rialzo della temperatura ecc.? _____
- b) Ha avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 confermati negli ultimi 14 giorni? _____
- c) E’ stato in zone a rischio epidemiologico _____
- d) ha adottato per tutto il periodo di assenza le misure anti-contagio previste a livello nazionale _____

Indicazioni per test diagnostici di approfondimento:

NOTE: _____

Il referente COVID/responsabile sanitario

I dati sono trattati esclusivamente per finalità di prevenzione del contagio e non vengono comunicati e diffusi a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative.

NOME E COGNOME _____ n.Tel. _____

Data: _____