

PROTOCOLLO DI SICUREZZA SANITARIA Allegato 1

**SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE COVID-19**

(da inviare a [centromail@centromail93.com](mailto:centromail@centromail93.com) con oggetto "SCHEDA ANAMNESTICA")

**- LAVORATORE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ Residente a: \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

Azienda: \_\_\_\_\_ Sede di: \_\_\_\_\_ Mansione: \_\_\_\_\_

(sbarrare la voce che interessa)

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (DPR 445/200):

- 1) *soffre di immunodepressione* SI NO;
- 2) *malattie polmonari gravi* SI NO;
- 3) *malattie cardiache* SI NO;
- 4) *diabete mellito* SI NO;
- 5) *malattie oncologiche o onco-ematologiche* SI NO;
- 6) *è attualmente in chemioterapia o radioterapica* SI NO;
- 7) *è in stato di gravidanza* SI (certificazione del ginecologo da allegare) NO
- 8) *assume farmaci?* SI, quali: \_\_\_\_\_ NO

NB. : *allegare documentazione specialistica e/o certificato del medico curante*

Data \_\_\_\_\_ Firma del lavoratore \_\_\_\_\_

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Accosento alla compilazione

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

DA INVIARE AL MEDICO COMPETENTE ALLA SEGUENTE E-MAIL [centromail@centromail93.com](mailto:centromail@centromail93.com)