|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://tbn2.google.com/images?q=tbn:ls2W6_gfGiTjHM:http://www.araldicacivica.it/pix/regioni/Sicilia.gif | REPUBBLICA ITALIANA  REGIONE SICILIANAISTITUTO COMPRENSIVO “G. FALCONE”*Via Pisa – Piazza Giovanni XXIII – 95037 SAN GIOVANNI LA PUNTA (CT)Tel. 095/7512232- Codice Fiscale: 81005200878 Codice Meccanografico: CTIC8AM007e-mail: ctic8am007@istruzione.it www.icfalconelapunta.edu.it* |  |

Allegato circ . n 251 . QUESTIONARIO

A tutela della salute individuale e collettiva è stato predisposto un questionario di valutazione da parte del medico competente della Scuola.

Il questionario deve essere compilato almeno 3 giorni precedenti il rientro al luogo di lavoro.

Si ricorda che è richiesto l’invio del questionario tramite e-mail al medico competente della scuola Scuola alla seguente indirizzo email : gaetano.petralia@alice.it

Qualora, in base alle risposte emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti prima del rientro in sede, il dipendente sarà contattato dal medico competente.

In mancanza di invio del questionario non sarà consentito l’ingresso.

I risultati del questionario saranno visualizzati solamente dal medico e nessuno avrà accesso ad esso.

Se sulla base delle risposte, il medico ritenesse esserci rischio COVID19, il dipendente sarà contattato per telefono dal medico competente al fine di valutare il suo stato di salute,

Ho preso visione dell’informativa e ne accetto termini e condizioni. □

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUESTIONARIO**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data compilazione del questionario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rispondere solamente SI o NO alle seguenti domande:

Nelle ultime settimane ha avuto sintomi COVID-19 compatibili, quali; febbre, tosse, cefalea, dolori muscolari, perdita del gusto e dell’olfatto ?

□ SI □ NO

Se si è risposto SI al punto 1 è stato effettuato il tampone ?

□ SI □ NO

Si è stati posti in isolamento o quarantena in quanto considerati a contatto stretto di soggetti malati?

□ SI □ NO

Convive con persone attualmente sintomatiche ?

□ SI □ NO

□ Soffre di malattie croniche debilitanti che provocano immunosoppressione ?.

□ SI □ NO

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_