Ministero dell’Università, della Ricerca e dell’Istruzione

**Istituto Comprensivo Statale di scuola dell’ Infanzia, Primaria e Secondaria di 1°grado**

**“Mantegna – Bonanno”**

Via Bologni, 4 – 90136 Palermo

Tel. 091/6680889 - 091/6682850 - Fax.091/6688198

PAIC85300A - C.F. 97164850824

Email [paic85300a@istruzione.it](mailto:PAIC85300A@ISTRUZIONE.IT) [paic85300a@pec.istruzione.it](mailto:PAIC85300A@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Sito : [www.icsmantegnabonanno.edu.it](http://www.icsmantegnabonanno.edu.it)



**QUESTIONARIO PER I LAVORATORI**

**AL RIENTRO PRESSO I LOCALI DI LAVORO DOPO UN PERIODO DI ASSENZA**

**PER SOSPENSIONE ATTIVITA’ DIDATTICHE, SMART WORKING, FERIE O ALTRA MOTIVAZIONE**

Al fine di proteggere tutte le persone che frequentano i locali della Scuola, si richiede ad ogni lavoratore che rientra al lavoro presso i locali della Scuola dopo un periodo di assenza, di rispondere alle seguenti domande rese sotto forma di autocertificazione.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERIFICA DI EVENTUALI CONTATTI STRETTI CON UNA PERSONA CON DIAGNOSI SOSPETTA/PROBABILE/CONFERMATA**  **DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS (COVID-19)** | | |
| **NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO UN CONTATTO STRETTO, OVVERO:** | **SI** | **NO** |
| Ha vissuto/vive nella stessa casa di un caso di COVID-19? |  |  |
| Ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)? |  |  |
| Ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)? |  |  |
| Ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti? |  |  |
| Si è trovato/a in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei? |  |  |
| È una persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19? |  |  |
| Ha viaggiato seduto/a in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19? |  |  |
| È rientrato da meno di 14 giorni da un viaggio o vacanza in località nazionali o internazionali dove è riconosciuta una maggiore circolazione del virus SARS-COV-2? |  |  |
| **VERIFICA STATO DI SALUTE** | | |
| **PRESENTA ANCHE SOLO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?** | **SI** | **NO** |
| febbre |  |  |
| tosse secca |  |  |
| respiro affannoso/difficoltà respiratorie |  |  |
| dolori muscolari diffusi |  |  |
| mal di testa |  |  |
| raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola) |  |  |
| mal di gola |  |  |
| congiuntivite |  |  |
| diarrea |  |  |
| perdita del senso del gusto (ageusia) |  |  |
| perdita del senso del dell’olfatto (anosmia) |  |  |
| **DATI ANAGRAFICI** | | |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contatto telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445**  Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |