


**Dichiarazione di "Contatto Stretto" per Covid-19 (Rev. 1 del 7.03.2020)**

Nome	Cognome
Sede di Lavoro	Unità Operativa
Ruolo	Telefono

Il Sottoscritto, durante il turno di servizio, dichiara di AVER AVUTO UN "CONTATTO STRETTO" secondo i criteri definiti, con il caso sospetto / confermato (indicare il paziente o altra persona accertata)

.....

presso (\*) .....

per l'effettuazione della seguente attività (ultimo contatto) .....

il giorno ..... all'ora .....

Tipo di contatto:

- per una durata superiore a 15 minuti..... SI NO
- a una distanza inferiore a 1 metri..... SI NO
- contatto diretto con il caso (senza protezione) ..... SI NO

Il paziente indossava la Mascherina Chirurgica..... SI NO

Il sottoscritto indossava i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) in occasione del

Contatto FFP2 o FFP3, Guanti, Mascherina Chirurgica ..... SI NO

Altro.....

(\*) indicare l'Unità Operativa e l'ambiente (ambulatorio, stanza di degenza, etc.)

Firma per presa visione del Coordinatore/Direttore U.O.

data, / / 2020

Firma dell'Interessato

*Alla Direzione Medica di Ospedale*