

RAPPORTO INFORMATIVO COVID

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO e DATA di NASCITA: _____

QUALIFICA: _____

IN SERVIZIO dal : _____

IN CONGEDO dal : _____

QUESTIONARIO

Data tampone positivo _____ Data tampone negativo _____

periodo di isolamento dal _____ al _____

periodo di malattia dal _____ al _____

Nei 14 giorni precedenti alla positività:

ha prestato servizio in presenza (eventuali precisazioni) _____

ha prestato servizio in smart working (eventuali precisazioni) _____

presenza di cluster all'interno dell'ufficio prima della positività (eventuali precisazioni) _____

utilizzo DPI vie respiratorie durante attività di servizio (eventuali precisazioni) _____

sottoposto a vaccinazione (eventuali precisazioni) _____

non sottoposto a vaccinazione (motivazioni) _____

Specificare tipologia delle attività lavorative svolte nei 14 giorni precedenti al tampone positivo o all'epoca presunta del contagio, con particolare riferimento a quelle configuranti un aggravamento del rischio lavorativo (es. contatto con utenza, servizi OP ecc) o specifico (es. attività sanitarie ecc) _____

Data _____

Il Comandante di Corpo/ il Responsabile dell'Ufficio
