|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome**  |  |
| **Mansione/Ruolo** |  |
| **Giorni in cui è avvenuto il contatto con il positivo rientranti nella finestra delle 48 h (indicare date)** |  |
| **DPI indossati**: | **MASCHERINA*** mascherina chirurgica
* FFP2/FFp3
* Doppia mascherina (FFP2 O FFP3 + chirurugica)
* Altra tipologia di mascherina (specificare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* guanti

Mascherina indossata durante tutto l’arco temporale del contatto con il positivo:* si
* no
 |
|  | **GUANTI*** Si
* No

indossati durante tutto l’arco temporale del contatto con il positivo:* Si
* No
 |
|  | **ALTRI DISPOSITIVI** * Cuffie
* Visiera
* Occhiali di protezione
* Altro (specificare)

indossati durante tutto l’arco temporale del contatto con il positivo:* Si
* No
 |
| **Distanziamento** > 1, 5 metri mantenuto durante tutto l’arco temporale del contatto con il positivo: | * Si
* no
 |
| **Durata contatto in minuti**  |  |
| **Igienizzazione mani**: | * Si
* no
 |
| **Utilizzo stessa postazione di lavoro (stesso pc stesso telefono ecc) o condivisione strumenti di lavoro**  | * Si
* no
 |
| **In caso utilizzo stessa postazione di lavoro/condivisione strumenti di lavoro è avvenuta l’igienizzazione delle superfici fra l’utlizzo di un lavoratore e l’utilizzo degli altri lavoratori** | * Si
* no
 |
| **DESCRIZIONE MODALITA E CIRCOSTANZA DEL** **CONTATTO**: |  |

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_