|  |  |
| --- | --- |
| **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

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