

**TEST DI VERIFICA E APPRENDIMENTO INFORMAZIONI RELATIVI AL CONTAGIO
DA CORONAVIRUS E COMPORTAMENTO IN AZIENDA**

RAGIONE SOCIALE AZIENDA _____

COGNOME E NOME _____

MANSIONE AZIENDA _____

VIDEO INFORMATIVO VISTO IN DATA _____

DOMANDA	SI	NO	NON SO'
IL COVID19 E' UN BATTERIO CHE SI TROVA IN ARIA			
UNA PERSONA INFETTATA DA COVID19 PUO' ESSERE ASINTOMATICA			
IL PERIODO DI INCUBAZIONE E' DA 2 A 12 GIORNI CON UN MASSIMO DI 14 GIORNI			
Le persone anziane e quelle con altre patologie sottostanti, come ipertensione, problemi cardiaci o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati) hanno più probabilità di sviluppare forme gravi di malattia.			
E' OPPORTUNO BERE TANTA ACQUA PER ELIMINARE IL VIRUS			
IN PARTICOLARI SITUAZIONI DI SALUTE PUO' ESSERE LETALE E PROVOCARE LA MORTE			
IL CONTAGIO PUO' AVVENIRE TRAMITE IL CONTATTO DELLE MANI CON GLI OCCHI			
IL DISTANZIAMENTO SOCIALE E' OBBLIGATORIO			
LE STRETTE DI MANO SONO CONSENTITE SOLO SE HO LA MATEMATICA CERTEZZA CHE LA PERSONA NON E' INFETTA			
LAVARSI LE MANI E' FACOLTATIVO SE NON FACCIO LAVORI INSUDICIANTI			
IL GEL DISINFETTANTE ANCHE SENZA ALCOOL VA BENE PURCHE' ABBAIA UN BUON PROFUMO			

DOMANDA	SI	NO	NON SO'
DURANTE LA PAUSA PRANZO, LA DISTANZA SOCIALE NON E' RICHIESTA MA FACOLTATIVA			
POSSO EVITARE IL CONTROLLO DELLA TEMPERATURA CORPOREA SOLO SE L'HO PROVATA A CASA			
CON UNA TEMPERATURA DI 37,5 ° POSSO RIMANERE AL LAVORO ED EVENTUALMENTE CONTATTERO' IL MEDICO DI BASE			
POSSO EVITARE LE VISITE DEL MEDICO COMPETENTE SE IL MIO MEDICO DI FAMIGLIA MI HA DETTO CHE STO BENE			
COME LAVORATORE DEVO PRENDERMI CURA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DI CHI LAVORA CON ME E DI TUTTE LE PERSONE SULLE QUALI POSSONO RICADERE MIE AZIONI O OMISSIONI			
SONO OBBLIGATO A RISPETTARE LE INFORMATIVE E LE DIRETTIVE COVID19 IMPARTITE DALLA AZIENDA			

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del video informativo, di averne compreso i contenuti, e di applicare le norme e/o i consigli indicati.

Il presente documento rappresenta l'avvenuta informazione aziendale in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento al rischio di infezione da covid19 o coronavirus.

Firma leggibile del lavoratore

Riscontro del Datore di Lavoro o suo delegato

Data _____