



### QÜESTIONARI DE SALUT INCORPORACIÓ TREBALLADORS (COVID-19)

Nom  Llinatges   
Data naixement  Edat

#### LLOC DE RESIDÈNCIA

Adreça  CP   
Municipi  Illa  País   
Adreça electrònica  Telèfon

#### DADES DE L'EMPRESA

Adreça  CP   
Municipi  Illa  País

#### INFORMACIÓ CLÍNICA

	N/S	No	Sí
Presenta símptomes (especialment febre, tos, dificultat respiratori) compatibles amb COVID 19			
Ha presentat símptomes (especialment febre, tos, dificultat respiratori) compatibles amb COVID 19 els darrers 14 dies?			
Ha estat contacte estret d'alguna persona positiu al Sars.cov.2 els darrers 14 dies?			
Li han fet alguna prova de diagnòstic per COVID 19 els darrers 14 dies?			

#### OBSERVACIONS

Declar, sota la meva responsabilitat, la veracitat de les dades proporcionades.

Data i signatura: \_\_\_\_\_

Data i signatura: \_\_\_\_\_