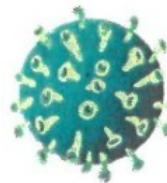


VII. ANEXO I - CUESTIONARIO



CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJADORES (COVID-19)

Nombre Apellidos
Fecha de nacimiento Edad
Días
Dirección CP
Municipio Isla País
Correo electrónico Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social CIF
Dirección CP
Municipio Isla País

INFORMACIÓN CLÍNICA

	N/S	No	Sí
Tiene síntomas (especialmente fiebre, tos, falta de aliento) compatible con la COVID-19?		No	
Ha tenido síntomas (especialmente fiebre, tos, falta de aliento) compatible con la COVID-19 en los últimos 14 días?		No	
Ha tenido contacto estrecho con cualquier positivo de COVID-19 en los 14 últimos días?		No	
Ha tenido alguna prueba de diagnóstico COVID-19 en los últimos 14 días?		No	

Observaciones

Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos facilitados

A la fecha 27 jun. 2020, Firma 