

Questionário de Bem-estar do COVID 19

À luz da situação relativa ao COVID-19, por favor não entre nesta obra ou venha trabalhar se responder sim a qualquer das perguntas seguintes:

1. Você está sentindo algum dos seguintes sintomas: nariz a pingar ou congestão nasal, garganta dolorida, dor nos músculos náusea, vômitos, diarreia, febre, perda de olfato, tosse ou falta de ar nas últimas 72 horas?
2. Você esteve em contato próximo com alguém que foi diagnosticado com COVID-19 ou que tenha mostrado algum dos sintomas acima referidos nos últimos 14 dias?
3. Você foi posto em auto-isolamento ou quarentena pelo seu médico ou oficial de saúde pública?
4. Você foi pedido para ficar em casa por um profissional Médico ou pelo Conselho de Saúde por ter mostrado sintomas de COVID-19, e ainda não foi liberado para regressar ao trabalho?
5. Você viajou para o trabalho com outras pessoas num veículo de passageiros com outras pessoas?

Reportando-me ao trabalho e assinando abaixo, eu atesto que respondi NÃO a todas as perguntas acima:

<u>Data</u>	<u>Nome Impresso</u>	<u>Assinatura</u>	<u>Horário de Entrada</u>	<u>Horário de Saída</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO POR TODOS QUE ENTRAM NUM LOCAL E DEVE SER MANTIDO NO LOCAL DE CONSTRUÇÃO OU COM O SUPERVISOR DE LOCAIS DE TRABALHO POR 30 DIAS

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO POR TODOS QUE ENTRAM NUM LOCAL E DEVE SER MANTIDO NO LOCAL DE CONSTRUÇÃO OU COM O SUPERVISOR DE LOCAIS DE TRABALHO POR 30 DIAS