



## PLANO DE CONTINGÊNCIA DA COVID-19

Nome completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto de e-mail: \_\_\_\_\_

Assinale com uma cruz (x) caso alguma das seguintes situações se aplica ao seu caso:

Tem febre? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

Tem tosse? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

Tem falta de ar? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

Tem corrimento nasal? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

Tem dores de cabeça e/ou dores generalizadas no corpo e/ou fraqueza? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

Tem/Teve algum contacto próximo regular (superior a 15 minutos consecutivos) com alguém que reúna os critérios supra mencionados? \_\_\_\_\_ **SIM**  **NÃO**

No caso de alguém apresentar um ou mais sintomas dos previstos na tabela anterior a sua presença não deverá ser admitida nas instalações em causa.

Este inquérito deverá ser preenchido por cada uma das pessoas presentes no evento agendado.

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) candidato(a))