|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAPU VE KADASTRO GENEL MÜDÜRLÜĞÜCOVİD-19 KAPSAMINDA ZİYARETÇİ SAĞLIK KONTROL LİSTESİ

|  |
| --- |
| **KİŞİSEL BİLGİLER** |
| **AD SOYAD / T.C KİMLİK NO:** |
| **ADRES ve İRTİBAT TEL:** |
| **ZİYARET AMACI:** |
| **GÖRÜŞECEĞİ KİŞİ/BİRİM:** |
| **ÖLÇÜLEN VÜCUT ISI DEĞERİ °C:** |
| **ZİYARET TARİHİ &SAATİ :** |
| **SAĞLIK KONTROL LİSTESİ** | **EVET** | **HAYIR** | **AÇIKLAMA** |
| **-Son 15 gün içinde sizin ya da bir araya geldiğiniz kişilerden herhangi birisinin yurt içi ya da yurt dışı seyahati oldu mu?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde yakın çevrenizde ateşli hastalık geçiren, ÜSYE, nezle, grip, zatürre, astım vb. olan birisi ile temasınız oldu mu?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde ateşli hastalık, ÜSYE geçiren kişilerle 15 dakikadan uzun süre maskesiz şekilde aynı ortamda bulundunuz mu?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde ateşli bir hastalık geçirdiniz mi? Bu süreçte ateş düşürücü herhangi bir ilaç kullandınız mı?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde ateş, nefes darlığı, öksürük, kas ağrısı, boğaz ağrısı, koku-tat duyu kaybı gibi herhangi bir ÜSYE bulgunuz oldu mu?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde herhangi bir sağlık merkezinde bulundunuz mu?** |  |  |  |
| **-Son 15 gün içinde yakın çevrenizde Covid 19(+) tespit edilen ya da evde izolasyona alınan kimse var mı?** |  |  |  |
| **- Kurumumuzda temizlik, hijyen gereklilikleri ile ilgili olarak size verilen talimatlara uyacağınızı onaylıyor musunuz?** |  |  |  |
| **KAYIT ALAN,BİLGİLENDİRME YAPAN VE KKDVEREN****GÖREVLİPERSONEL:****Ad Soyad veİmzası****Tarih/Saat** | **COVİD-19 ile İlgili İşyerinde Alınan Önlemler Kapsamında;**İSG biriminizce bana tebliğ edilen talimatlara uyacağımı,Bana verilen cerrahi maskeyi kurum binasında ve görüşmelerimde çıkarmayacağımı, Kurum sınırları içerisinde bulunduğum sürece hijyen kuralları ile sosyal mesafe olan 1,5-2 mt mesafeye dikkat edeceğimi,Ateş, öksürük, koku tat duyu kaybı, nefes darlığı, kas ağrıları, halsizlik ve yorgunluk gibi şikayetlerim olmadığını,Kurum içinde en kısa sürede iş ve işlemlerimi halledeceğimi ve bu sürede ellerimi en az 20 sn olacak şekilde su-sabunla yıkayacağımı ya da dezenfektan kullanacağımı,Kurumda randevum/görüşmem olan birim/kişinin bulunduğu kısım dışında kalan bölümlerde izinsiz dolaşmayacağımı,Yemek, çay ocağı, kafeterya, kantin ve dinlenme alanlarında birden çok kişi ile bir arada bulunmayacağımı ve sosyal mesafeyi koruyacağımı taahhüt ederim.COVİD 19 pandemisi kapsamında dikkat edilmesi gereken konularda İSG Biriminiz tarafından gerekli bilgilendirme ve açıklamalar tarafıma yapılmıştır.Özellikle ziyaretimden itibaren 14 günlük sürede sağlık durumumda COVİD 19 lehineherhangi bir değişiklik olduğu anda derhal Kurumunuzu bilgilendireceğim. |

Paylaştığım kişisel sağlık verileri doğru ve günceldir. Kişisel verilerimin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK)’nda belirtilen özel bir şekilde (Covid-19) işlenmesine izin veriyorum ve ilgili prosedür sırasında kullanılacak ve aktarılacaktır. Bu veriler gerekli süre boyunca saklanır; Bu bağlamda gerekli aydınlatmayı aldım. Ayrıca KVKK kapsamında kişisel verilerin korunmasına ve işlenmesine ilişkin yönergeleri ve bilgileri okuduğumu ve anladığımı kabul ve beyan ederim.**ZİYARETÇİNİN: Adı ve Soyadı: İmza: Tarih ve Saat:** |