Todo/a trabajador/a que tenga o crea tener, alguna de las circunstancias que se enumeran más adelante, se pondrá en contacto, a la mayor brevedad con **XXX** ***(INDICAR CON QUIEN GENERALMENTE LLEVE A CABO LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO/SERVICIO TURÍSTICO)*** a fin de evaluar su situación particular y determinar las medidas específicas para reducir/ minimizar los riesgos higiénicos asociados a la COVID 19 que pudieran ser necesarias implantar.

Circunstancias que pueden influir en el grado de vulnerabilidad frente al COVID-19:

* Enfermedad cardiovascular
* Hipertensión
* Enfermedad pulmonar crónica
* Diabetes
* Insuficiencia renal crónica
* Inmunodepresión
* Cáncer en fase de tratamiento activo
* Enfermedad hepática grave
* Obesidad mórbida
* Embarazo
* Ser mayor de 60 años

Puede contactar con XXX mediante alguno de los siguientes medios:

* Teléfono
* Correo electrónico
* Departamento
* etc.

*En ……………….. a............de...........................20.....*

 Firma:

**INCLUIR SELLO DE LA EMPRESA Y COLOCAR ESTE DOCUMENTO EN LAS ZONAS DONDE LO PUEDA VER LOS TRABAJADORES Y/O COMUNICARLO POR OTROS MEDIOS (Ej. CORREO ELECTRÓNICO) DE MANERA QUE TODO EL PERSONAL TENGA CONOCIMIENTO DEL MISMO**