

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio



Istituto di Istruzione
Secondaria Superiore
"GIORGIO AMBROSOLI"

Viale della Primavera, 207 – 00172 ROMA – XV Distretto
Tel. +39 06 2415139, +39 06 83396951 – Fax +39 06 2415085
Codice fiscale 80214470587 – Codice meccanografico RMIS034007
E-Mail: rmis034007@istruzione.it – segreteria@isisambrosoli.it
Sito Web: www.isisambrosoli.it

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE MAGGIORENNI
PER INGRESSO DEL DIPENDENTE SUL LUOGO DI LAVORO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

* * *

Il/La sottoscritto/a _____, cittadino/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____, in _____ nr. __, cod. fisc. _____, consapevole delle pene previste per le false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alla disposizioni aziendali al sottoscritto fornite dal datore di lavoro per la verifica del proprio stato di salute prima dell'ingresso in azienda, redatti sulla base delle norme in materia di "Misure urgenti di Contenimento e Gestione dell'emergenza da Covid-19 (Coronavirus)",

DICHIARA

(contrassegnare con X tutti i quadratini)

- di essersi misurato/a la temperatura corporea prima di lasciare la propria abitazione per recarsi sul luogo di lavoro e di non avere temperatura $\geq 37,5^\circ$;
- di essere informato/a del fatto che la se temperatura risulterà superiore ai $37,5^\circ$, non è consentito l'accesso ai luoghi di lavoro;
- di non avere attualmente sintomi riconducibili ad un contagio da COVID-19 (es. febbre, stanchezza, tosse secca, dolori muscolari, congestione nasale, mal di gola, anosmia/iposmia, ageusia, polmonite, sindrome respiratoria);
- di essere a conoscenza del fatto che se presenta qualsiasi sintomo influenzale mentre è a lavoro (es. febbre e sintomi di infezione respiratoria, come al punto precedente), *lo deve dichiarare immediatamente all'ufficio del personale per l'attivazione del protocollo disposto dall'Autorità Sanitaria;*
- di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con soggetti risultati positivi al test COVID-19 o sottoposti a quarantena, né di provenire da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- di essere a conoscenza del fatto che l'ingresso in azienda di lavoratori già risultati positivi all'infezione da COVID-19 dovrà essere preceduto da una preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
- di NON essere già risultato/a positivo/a all'infezione da COVID-19;
- di essere a conoscenza del fatto che è tenuto/a a informare "tempestivamente e responsabilmente al Datore di Lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale".

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi sul luogo di lavoro, pertanto

- PRESTA il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure urgenti di Contenimento e Gestione dell'emergenza da Covid-19 (Coronavirus)"

Data _____

Firma del dichiarante in forma estesa
