

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Personale operatori e volontari

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___
a _____ (_____), residente in _____ (_____),
Via _____, Tel _____,
Cell _____ email _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- 2) di non essere o essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 4) di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°);
- 6) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 Giugno 2020.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività lavorativa, di tenersi lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile del Centro, appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico.

La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

Cirò Marina li

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato dal responsabile del procedimento nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.