

MISURE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19

Spettabile
DATORE DI LAVORO

Oggetto: Rischio biologico da COVID19 – Dichiarazione applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID – 19

Il sottoscritto lavoratore	COGNOME E NOME
----------------------------	----------------

ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, in qualità di lavoratore della scuola _____

DICHIARA

- di impegnarsi a garantire il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID – 19 stabilite dal datore di lavoro e dalle Autorità competenti;
- di essere a conoscenza che è obbligatorio rimanere presso il proprio domicilio e non andare al lavoro in presenza di febbre (oltre i 37,5°C). In tal senso, al fine di attuare misure volte a favorire il controllo della temperatura dei lavoratori, **si impegna a misurarsi la temperatura corporea ogni giorno prima di recarsi al lavoro;**
- di essere consapevole ed accettare il fatto di non poter fare ingresso o di non poter permanere nei luoghi di lavoro e di doverlo dichiarare tempestivamente al datore di lavoro laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo quali ad esempio sintomi di influenza, febbre superiore a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;

si impegna a:

COMUNICARE

quotidianamente al datore di lavoro qualora il sottoscritto:

- o i propri conviventi manifestino sintomi influenzali quali ad esempio tosse, febbre superiore a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;
- sia stato a contatto con persone positive al virus COVID – 19 nei 14 giorni precedenti;
- sia sottoposto a misura di quarantena causa il virus CoViD – 19;
- sia risultato positivo a tampone per la ricerca di virus COVID-19.

In fede.

DATA	FIRMA DEL LAVORATORE

DATA	FIRMA DEL LAVORATORE

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA _____

FIRMA _____

Il presente foglio firme deve essere conservato a scuola e deve essere consegnato alla segreteria della scuola non appena sono terminati tutti gli spazi firma.