

Emergenza COVID-19 - Dichiarazione del lavoratore in entrata

Il sottoscritto (nome e cognome) _____,

in relazione a quanto previsto dalle norme vigenti finalizzate al contenimento della diffusione del contagio da COVID-19 sul territorio nazionale, in occasione dell'ingresso presso l'azienda

DICHIARA

- Di avere ricevuto dall'azienda tutte le informazioni per la gestione dell'emergenza, compresi:
 - l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non entrare in azienda in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria
 - il divieto di accesso o permanenza in azienda laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi riconducibili al COVID-19 o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
 - il dovere di rispettare tutte le disposizioni delle Autorità, quivi compresi i medici di famiglia e le autorità sanitarie, con particolare riferimento alla permanenza domiciliare fiduciaria e alla quarantena;
 - le istruzioni e i regolamenti attuativi da applicare nel fare accesso in azienda, le indicazioni e le norme di igiene previste nel piano di sicurezza aziendale anti-contagio a cui dovrà attenersi, comprese le modalità di utilizzo dei DPI per la protezione personale che conferma di aver ricevuto contestualmente;

- Contestualmente il sottoscritto dichiara (barrare SI o NO):

	SI	NO
Ho febbre > 37,5°C oppure altri sintomi riconducibili al COVID-19 quali: tosse, difficoltà respiratoria, mal di gola, dolori articolari diffusi, perdita del gusto e dell'olfatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto almeno uno dei medesimi sintomi negli ultimi 14 giorni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto contatti stretti con persone risultate positive a COVID-19 negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono attualmente sottoposto alla misura di quarantena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono attualmente sottoposto alla misura di isolamento fiduciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara di aver ben compreso quanto sopra e si impegna a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro dell'eventuale insorgenza di sintomi influenzali durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti.

Il sottoscritto si impegna a ricompilare il presente modulo ogni qual volta si assenti dal lavoro per permesso, malattia, ecc., facendone pervenire una copia all'ufficio personale prima della riammissione in azienda.

In relazione alle finalità di prevenzione della diffusione del contagio, ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, il sottoscritto conferma inoltre di essere stato informato che potrà essere possibile che lo stesso sia sottoposto a controllo della temperatura corporea, e che i dati raccolti saranno trattati nel pieno rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e non saranno diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative riportate nell'informativa sul trattamento dei dati personali

Data

Firma