**AUTOCERTIFICAZIONE LAVORATORE – ASSENZA DI SINTOMATOLOGIA COVID-19**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avendo ricevuto ampia ed esaustiva informativa riguardo le modalità di trasmissione, sintomi e norme di igiene per evitare la diffusione e il contagio da COVID-19, avendone preso attenta visione e avendone compreso i contenuti;

Conscio dell’obbligo in capo a ciascun lavoratore di prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni od omissioni (art. 20, comma 1, del D.Lgs. 81/08 – salvo più gravi responsabilità civili e/o penali);

DICHIARA

* Di provvedere QUOTIDIANAMENTE alla misurazione della propria temperatura corporea prima di uscire dal proprio domicilio, verificando che la stessa sia inferiore a 37.5°C;
* Che né il sottoscritto né i propri conviventi hanno manifestato nelle ultime 24 ore sintomi influenzali (es. tosse, febbre superiore a 37,5°C, congiuntive, dolori muscolari);
* Di non aver avuto alcun contatto con persone positive al virus o in stato di “quarantena” nei 14 giorni precedenti alla data di ripresa dell’attività;
* Di essere consapevole ed accettare di non poter permanere in azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all’ingresso, compaiano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza anche lievi, temperatura oltre i 37.5°), e di avere l’obbligo di informare il Datore di Lavoro, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
* Di essere consapevole dell’obbligo di comunicare tempestivamente al medico competente e al Dipartimento di prevenzione dell’azienda provinciale per i servizi sanitari il manifestarsi, in capo a sé o ad uno dei conviventi, di uno dei sintomi influenzali (es. tosse, febbre superiore a 37,5°C, congiuntive, dolori muscolari);

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **FIRMA** | **DATA** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |