AUTODICHIARAZIONE RISCHIO DI INFEZIONE COVID -19

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………… in qualità di dipendente/collaboratore dell’Istituto, in via precauzionale, per il benessere e la salute e sicurezza di tutti

DICHIARA

* di aver ottemperato alla misurazione della temperatura corporea a domicilio e che la temperatura risulta inferiore alla soglia di attenzione pari a 37.5°C.
* di non avvertire altri sintomi riconducibili a quelli da infezione da COVID-19 (difficoltà respiratorie, ecc.)
* di non essere venuto a contatto con pazienti affetti da Covid-19 negli ultimi 14 giorni o sospettati ed in attesa di riscontro tramite test
* di non essere sottoposto alla misura di quarantena per contagio da Covid – 19

Informativa privacy

Trattamento dati necessario agli adempimenti di cui al D.L. 6/2020 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID -19 DPCM 23/02/2020 ed i successivi DPCM, D. Lgs 81.08 e tutti gli adempimenti normativi nazionali e regionali applicabili relativi all’emergenza COVID-19.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_