

I. I. S. "ROCCO SCOTELLARO"
SAN GIORGIO A CREMANO (NA)
Prot. 0003469 del 21/09/2020
05 (Entrata)

AUTOCERTIFICAZIONE ACCESSO

(dati trattati con la riservatezza prevista dalla norma sulla Privacy)

Io sottoscritto/a consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____ n° _____

contatto telefonico _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- In ossequio ai provvedimenti statali nonché all'ordinanza regionale n.70 dell'8/9/2020 e chiarimenti del 11/9/2020 (precisazioni autocertificazione) di essersi sottoposto/a test sierologico e/o a tampone per SARS-COV-2 con esito negativo in data _____, impegnandosi a produrre la documentazione in originale non appena disponibile
- Di non essere stato nel periodo anteriore a 14 giorni (pari al periodo-finestra per l'incubazione) in paesi o in luoghi focolai di infezione da Covid-19,
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2
- di non avere familiari, conviventi o comunque di non essere stato a contatto con persone positive al COVID-19
- di non avere attualmente e non avere avuto nelle ultime 2 settimane febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19
- di aver rispettato e di rispettare le norme sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani, disinfezione degli ambienti
- di aver compreso che non devo uscire di casa per recarmi al lavoro o altro (tipo appuntamenti programmati, ecc) in caso si manifestino sintomi riconducibili all'aver contratto il COVID-19 (febbre >37.5 ° C, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi) ma devo contattare il medico curante e segnalarlo al medico competente

In fede

Data _____

Firma leggibile _____

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Acconsento alla compilazione []

Non Acconsento []

Data _____

Firma _____