



ALLEGATO N. 2)

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Il/La Sottoscritto/a Nome: _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente/domiciliato a: _____

Indirizzo: _____

N. civico _____ CAP _____ Prov _____

Cod Fiscale _____

Telefono: e-mail: _____

Documento d'identità (tipo) _____ Numero Documento _____

Nominativo del medico di Medicina Generale

Nome: _____ Cognome: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE IN CASI DI DICHIARAZIONI MENDACI (D.RR. 28 DICEMBRE 2000, N. 445),

- DI NON ESSERE STATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI IN PAESI PER I QUALI E' PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO;
- DI NON ESSERE STATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI IN CROAZIA, GRECIA, MALTA E SPAGNA
- DI NON AVER MANIFESTATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SINTOMI COMPATIBILI DA INFEZIONE COVID-19 (ad esempio febbre superiore ai 37,5 C, tosse, difficoltà respiratorie, riduzione dell'olfatto).
- DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI AVER AVUTO CONTATTO DURANTE L'ASSENZA CON PERSONE RISULTATE POSITIVE AL COVID;
- DI EFFETTUARE ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIA O DI ASSISTENZA ALLA PERSONA
ovvero
- DI EFFETTUARE ALTRO TIPO DI ATTIVITA'

DICHIARO CHE SEGNERÒ TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE L'EVENTUALE INSORGENZA DI SINTOMI

COMPILANDO E INVIANDO IL MOOULO. SI ACCETTA L'INFORMATIVA SULLA PRIVACY: i dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION - GDPR) secondo l'informativa già fornita ai dipendenti

DATA _____

FIRMA _____