



ALLEGATO N. 2)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA**

II/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 RESPONSABILITÀ, 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 È PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO;
- DI NON ESSERE STATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI IN CROAZIA, GRECIA, MALTA, SPAGNA E FRANCIA
- 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 ATTIVITÀ

DICHIARO CHE SEGNALERÒ TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE L'EVENTUALE INSORGENZA DI SINTOMI

COMPILANDO E INVIANDO IL MOUOLO, 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 \_\_\_\_\_