

MODULO
Da stampare e portare come ADESIONE
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Operatori, Volontari, Ausiliari maggioreni



Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___
a _____ (____), residente in _____ (____),
Via _____, Tel _____,
Cell _____ email _____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- 2) di non essere o essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 4) di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) previsto dall'art. 1, c. 1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020;
- 6) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività lavorativa, di tenersi lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile del Centro. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico.

La ripresa dell'attività, a partire dal giorno seguente, potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

In fede

Importantissimo



Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato da _____, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

MODULO
Da stampare\compilare\quotidianamente

**AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PERSONALE OPERATORE,
EDUCATORI, ANIMATORI E VOLONTARI DA RENDERE IN OCCASIONE**

DELL'ACCOGLIENZA GIORNALIERA



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___
a _____ (____), residente in _____ (____), Via
_____, Tel _____,
Cell _____ email _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria;
- b) non è entrato a stretto contatto, nel periodo di assenza dall'attività, con una persona positiva COVID- 19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- c) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

Si assumere infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività lavorativa, di tenersi lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile del Centro. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico.

La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere. In fede

Importantissimo



Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato da _____, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria