



PROVINCIA DI BENEVENTO

Ufficio del Datore di Lavoro

Il sottoscritto _____, CF. _____,

nato a _____, il _____, tel. _____

nella qualità di _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere consapevole che la presente dichiarazione è resa al fine del contenimento del contagio derivante da COVID-19;
- di aver preso visione dell'informativa relativa alla Privacy;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena;
- di non essere risultato positivo al COVID-19;
- di non aver avuto contatto con persone riconosciute positive al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non aver febbre o altri sintomi (tosse, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc);
- che altri membri della sua famiglia non presentano sintomatologie di cui al punto precedente;
- di accettare di poter essere sottoposto a rilevamento della temperatura corporea prima di accedere all'interno degli uffici/sedi della Provincia di Benevento;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il manifestarsi di condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura corporea elevata, ...) anche successivamente all'ingresso, e di permanere obbligatoriamente nel luogo dove avverte tali sintomi con tutte le eventuali persone presenti;

DICHIARA INOLTRE

- nel caso in cui, ha necessità di essere ricevuto negli uffici/sedi della Provincia, di mantenere una distanza superiore a 2 metri dalle altre persone presenti e indossare mascherina protettiva e guanti monouso;
- di aver preso visione e di attenersi alle indicazioni igienico-sanitarie stabilite nel decalogo del Ministero della Salute affisse in tutte le bacheche poste nei pressi degli ingressi agli uffici/sedi della Provincia di Benevento.

Benevento, _____

(nome)

(cognome)

(firma)