

ALLEGATO

REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI INFLUENZALI

**REGISTRO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
SINTOMI INFLUENZALI**

LAVORATORE

DATORE DI LAVORO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA DI SINTOMI INFLUENZALI**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI**

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____ nato a _____ (____) il ___/___/____, residente a _____ (____) in _____ n° _____ consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA**AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID – 19**

- Di essere a conoscenza che il personale ha l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in caso abbia presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- Di essere a conoscenza che il personale non può fare ingresso o permanere nel luogo di lavoro e deve dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- Di impegnarmi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso nell'istituto scolastico. In particolare: mantenere la distanza di sicurezza, indossare sempre la mascherina di tipo chirurgica, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.
- Di possedere e esibire la certificazione verde (green pass) in mio possesso.
- Di firmare giornalmente il registro allegato alla presente dichiarazione, sostitutivo della dichiarazione stessa.

Luogo, _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità connesse al contenimento della diffusione del Covid-19 per le quali sono state acquisite.

ALLEGATO**REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI INFLUENZALI****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI**

Nome		Cognome			Mansione	
GIORNO	SETTEMBRE 2021	OTTOBRE 2021	NOVEMBRE 2021	DICEMBRE 2021	GENNAIO 2022	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

ALLEGATO

REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI INFLUENZALI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI

Nome		Cognome		Mansione	
GIORNO	FEBBRAIO 2022	MARZO 2022	APRILE 2022	MAGGIO 2022	GIUGNO 2022
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					