|  |  |
| --- | --- |
| IO SOTTOSCRITTO |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| dipendente dell’azienda |  |
| sita in |  |
| **dichiaro sotto la mia personale responsabilita’ di avere ricevuto opportuna informazione relativa all’adozione delle misure di prevenzione e protezione previste dal protocollo anticontagio DEL 14/03/2020 AGGIORNATO CON IL PROTOCOLLO 24/04/2020 E SUA RELATIAVA APPLICAZIONE.**  **Dichiaro inoltre DI METTERE IN ATTO E DI RISPETTARE TUTTE LE MISURE TECNICHE ORGANIZZATIVE E PROCEDURALI E L’USO CORRETTO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE FORNITI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**  Dichiaro inoltre di essere stato informato circa:   * l’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altrisintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l’autorità sanitaria * la consapevolezza e l’accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere in azienda e di doverlo 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, ecc.) in cui i provvedimenti dell’Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l’Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio * l’impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell’igiene) * l’impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l’espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti | |
| **LAVORATORE**  **(nome e cognome in stampatello)** | **FIRMA** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **FIRMA PER RICEVUTA**  **DL………………………………… RSPP………………………………… MC……………………………….. RLS…………………………….** |