Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In merito alla fase attuale di rientro lavorativo in azienda, considerata la responsabilità personale di ogni lavoratore secondo quanto previsto dall’art. 20 comma 1 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i.:

“*Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.”,*

*dichiara*, sotto la propria responsabilità, di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti necessari al rientro al lavoro (ai sensi del DPCM 4 marzo 2020; Circolare Ministero della Salute n. 5443 del 20/02/2020 e n. 14915 del 29/04/2020; Protocollo Condiviso del 24/04/2020):

□ assenza di sintomi simil-influenzali (malessere generale, dolore articolare/muscolare, ecc)

□ assenza di temperatura superiore a 37 °C

□ assenza o diminuizione del gusto (percezione dei sapori di cibi o bevande)

□ assenza o diminuizione dell’olfatto (percezione degli odori)

□ assenza di mal di gola

□ assenza di tosse

□ assenza di raffreddore o rinite (naso che gola, naso chiuso)

□ assenza di congiuntivite (senso di bruciore e arrossamento agli occhi, monolaterale o bilaterale

□ assenza di disturbi respiratori (fame d’aria, crisi di asma, respiro affannoso, respiro superficiale e molto frequente, respiro scarso, etc.)

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di non avere avuto contatti con casi sospetti/accertati di positività a COVID-19 nei 14 giorni precedenti, di non essere stato in zone a rischio nei 14 giorni precedenti.

Dichiara di essere stato informato/a dal Datore di Lavoro (direttamente o tramite il preposto incaricato) delle procedure aziendali in atto e delle misure igieniche da seguire per il contenimento del rischio da epidemia COVID-19.

Luogo e data Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_