

QUESTIONARIO PER IL RIENTRO AL LAVORO

Io sottoscritto Nome Cognome

nato il a

e residente in via a

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art.495 c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali)

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2;
- di non avere famigliari, conviventi, o conoscenti con cui ho avuto contatti negli ultimi 14 gg risultati positivi al COVID-19;
- di non avere febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19;
- di rispettare le norme date sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani, disinfezione degli ambienti;
- di aver compreso che non devo recarmi al lavoro in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi) ma contattare il medico curante e segnalarlo al medico competente aziendale.

In fede

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

SEDE		DATA	FIRMA LEGGIBILE
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>
CIVIDALE <input type="checkbox"/>	OPICINA <input type="checkbox"/>

