

**RISCHIO BIOLOGIO DA SARS COV2 –
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

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

Io/ sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il residente
in Via _____, a _____,
allievo del Corso _____ presso il CFP

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

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- di adempiere alle misure previste dal Protocollo Aziendale condiviso di Regolamentazione delle misure per il contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro e nello specifico di:
 - o provvedere alla misurazione della temperatura corporea prima di recarmi nell'azienda in cui svolgo il tirocinio;
 - o non recarmi presso l'azienda dove svolgo il tirocinio nel caso in cui dovessi manifestare 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;
 - o lasciare celermente l'azienda dove si svolge il tirocinio, secondo quanto previsto dal Protocollo Aziendale sopra citato e attivare l'iter di verifica e monitoraggio attraverso il Medico di medicina generale come previsto dalla normativa vigente;

INOLTRE DICHIARO

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso di positività, di essermi attenuto a quanto prescritto nella Circolare del Ministero della Salute nr. 32850 del 12/10/2020, reperibile al link:
<http://1.flcgil.stgy.it/files/pdf/20201013/circolare-ministero-della-salute-32850-del-12-ottobre-2020-covid-19-indicazioni-per-la-durata-ed-il-termine-dell-isolamento-e-della-quarantena.pdf>) o sul sito https://www.ciofslazio.it/wp-content/uploads/2020/11/circ_min_sal_32850_isolam_e_qurant_12_10_20.pdf ;
- di non avere famigliari, conviventi o amici positivi al COVID-19.
- che mi impegnerò a rispettare le norme date sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani.

In fede

Luogo e data firma leggibile

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.

Acconsento alla compilazione [] Non Acconsento []

La presente dichiarazione viene conservata, nel rispetto della privacy nei locali delle sedi dei CFP del Ciofs fp Lazio

Luogo e data firma leggibile