

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Istituzione/Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizione nell’azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione all’attività da svolgere presso ……………………………………………….. *(indicare la Struttura INFN)*

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona di Riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* di non essere destinatario di un provvedimento di quarantena e di non essere risultato positivo al test del Covid-19;
* di non aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni dalla data della presente dichiarazione e di ogni ingresso presso …………………..…………. (indicare la Struttura INFN), con soggetti risultati positivi al COVID-19;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non presentarsi …………….………………………………….. *(indicare la Struttura INFN)* ) in presenza di sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse, informando immediatamente …………………………………………….. *(indicare un nominativo di riferimento e un contatto telefonico della Struttura)* e l’autorità sanitaria locale *(……………………………….. indicare il contatto telefonico dell’Autorità Sanitaria da contattare)*;
* di essere a conoscenza che anche dopo l’accesso a …………………………………..……………. *(indicare la Struttura INFN)*, permane l’obbligo di dichiarare tempestivamente a …………………………………… *(indicare un nominativo di riferimento e un contatto telefonico della Struttura)*, se intervengono condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti e indossare la mascherina chirurgica;
* di aver preso conoscenza di tutte le misure e le prescrizioni per il contrasto e contenimento del virus SARS-CoV-2 in vigore presso la …………………….. *(indicare la Struttura INFN)* e di impegnarsi ad osservarle durante tutto il periodo di permanenza presso la stessa;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Direttore della Struttura il sopravvenuto proprio stato di positività al tampone COVID-19 anche se accertato successivamente al definitivo abbandono della struttura INFN ospitante, fino ad almeno 14 giorni successivi la propria partenza.

DATA FIRMA