AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Operatori, Volontari, Ausiliari maggiorenni – primo giorno

Il sottoscritto _____, nato il ____/ ____ /_____

a_____ (_____), residente in _____ (_____),

Via _____, Tel _____,

Cell_____email_____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

a) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal D.L. 33 del 16 maggio 2020 e dal DPCM 11 giugno 2020;

b) non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti;

c) non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;

d) non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;

e) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del DL 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività lavorativa, di tenersi lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile del Centro. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico.

La ripresa dell'attività, a partire dal giorno seguente, potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

In fede

_____ _____

Data Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato dalla PARROCCHIA SAN GIULIO, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.