**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA POST COVID E/O QUARANTENA**

|  |
| --- |
| Nome e Cognome dipendente |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto dichiara che è stato sottoposto a regime di quarantena per contagio da SARS\_COV2 e che risulta guarito con esito di tampone molecolare negativo e certificato di chiusura quarantena rilasciato dalla ASUR di competenza.Dichiara di aver preso visione e di aver compreso le regole definite dai protocolli interni per il rientro in azienda:* obbligo di disinfezione delle mani
* obbligo di utilizzo di mascherina chirurgica o superiore ( es. chirurgica e/o FFP2)
* rispetto della distanza di sicurezza definita in 1.80 mt dall’interlocutore.

L’interessato dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa della privacy ai sensi del GDPR 679/2016. Acconsente al trattamento dei dati e alla loro cessione agli organi di sanità pubblica in caso di nuovo contagio e richiesta di tracciamento.  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA  | FIRMA DEL LAVORATORE |
|  |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |

Oppure,

|  |
| --- |
| Nome e Cognome dipendente |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto dichiara che è stato sottoposto a regime di quarantena per contatto diretto con soggetto positivo al SARS\_COV2 negli ultimi 14 gg e di aver eseguito un tampone molecolare con esito negativo nelle 48/72 ore precedenti l’interruzione del regime di quarantena. Dichiara di aver preso visione e di aver compreso le regole definite dai protocolli interni per il rientro in azienda:* obbligo di disinfezione delle mani
* obbligo di utilizzo di mascherina chirurgica o superiore ( es. chirurgica e/o FFP2)
* rispetto della distanza di sicurezza definita in 1.80 mt dall’interlocutore.

L’interessato dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa della privacy ai sensi del GDPR 679/2016. Acconsente al trattamento dei dati e alla loro cessione agli organi di sanità pubblica in caso di nuovo contagio e richiesta di tracciamento.  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA  | FIRMA DEL LAVORATORE |
|  |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |