

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE < UTENTE >

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, presente nella giornata di oggi _____ presso la Sede/Sezione di _____, a tutela della salute propria e degli altri lavoratori presenti sul luogo di lavoro,

DICHIARA
per quanto a propria conoscenza
(contrassegnare il caso che ricorre)

- che in questo momento è in buono stato di salute e non presenta alcun sintomo riconducibile al contagio da coronavirus;
- che non è stato in contatto con persone contagiate e vittime di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- che non proviene da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- che non ha avuto stati influenzali o altri sintomi riconducibili al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di rientrare dalla quarantena volontaria di 14 giorni dopo essere stato a contatto con persona contagiata da coronavirus;
- di rientrare dalla quarantena obbligatoria dopo essere stato vittima di coronavirus.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi delle disposizioni vigenti dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione della presente autocertificazione, acconsente al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

In fede
