

AUTODICHIARAZIONE PER RIENTRO AL LAVORO DI DIPENDENTE POSITIVO AL COVID-19.

Allegato 2 - Modulo da presentare a mano o inviare a mezzo raccomandata A/R alla propria funzione di Gestione del Personale

Spett.le _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____
a _____ (Prov. _____), cittadinanza _____,
residente a _____ (Prov. _____), via _____,
dipendente di _____, numero di matricola _____, applicato presso
l'ufficio di _____, con mansione di _____,
alla luce delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli
artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni false, non
veritiere o mendaci

DICHIARA

[BARRARE L'OPZIONE CORRISPONDENTE A VERITA']

- di essere risultato positivo alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e di essere stato ed essere tuttora asintomatico; pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato un tampone molecolare - con esito negativo - in data ____/____/____, al termine del periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività accertata in data ____/____/____;
- di essere risultato positivo alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2, di aver manifestato sintomi riconducibili al Coronavirus e di esser alla data odierna asintomatico; pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato un tampone molecolare - con esito negativo - il ____/____/____, data successiva di almeno 3 giorni dalla scomparsa dei sintomi; il/la sottoscritto/a dichiara infine di aver rispettato l'isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi predetti;
- di non poter produrre il certificato di fine isolamento rilasciato dalle autorità sanitarie competenti o dal medico di base in quanto non previsto dalle disposizioni sanitarie locali ai fini del rientro in comunità.

Il/la sottoscritto/a, unitamente alla presente autodichiarazione, produce copia dell'attestazione relativa al test molecolare eseguito con risultato negativo.

Luogo: _____ Data: ____/____/____

Firma del/la dichiarante: _____

RisorseUmaneOrganizzazione

AutodichiarazionePositivoCovid-19

NoidiPoste

