

DICHIARAZIONE DI AUTOSORVEGLIANZA A SEGUITO DI CONTATTO STRETTO DI SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19.

Allegato 2 - Modulo da consegnare alla propria funzione di Gestione del Personale

Spett.le _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____
a _____ (Prov. _____), 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

- di essere entrato in "CONTATTO STRETTO" (ad alto rischio) con soggetto positivo al Covid-19 in data
____/____/____ **[indicare ultimo giorno di contatto avvenuto]**;
- di essere asintomatico al momento della sottoscrizione della presente dichiarazione;
- di rientrare in una delle condizioni per le quali (stato vaccinale o data di guarigione dall'infezione SARS-CoV-2),
in assenza di sintomi, l'Autorità sanitaria non prevede la quarantena ma la cosiddetta "autosorveglianza";

[BARRARE L'OPZIONE SE CORRISPONDENTE ALLA SITUAZIONE DI INTERESSE]

- che il contatto stretto di cui sopra è occorso con persona positiva al Covid-19 che vive nella stessa casa e
che quest'ultima mantiene il regime di isolamento, in coerenza con le vigenti norme in materia.

In relazione a quanto sopra, il sottoscritto si impegna a porre in essere le misure previste dalle vigenti disposizioni
ivi inclusa, in caso di insorgenza di sintomatologia riconducibile all'infezione da SARS-CoV-2, l'effettuazione
tempestiva di tamponi finalizzati ad accertare l'eventuale positività, del cui esito il sottoscritto si impegna a dare
evidenza all'Azienda.

Luogo: _____ Data: ____/____/____

Firma del/la dichiarante _____

RisorseUmaneOrganizzazione

AutosorveglianzaContattoStrettoCovid-19

NoidiPoste

