

AUTODICHIARAZIONE DI AUTOSORVEGLIANZA A SEGUITO DI CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL SARS-CoV-2.

Allegato 1 - 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, considerato il proprio stato vaccinale/anticorpale (effettuazione della dose di richiamo (cd. booster) oppure completamento del ciclo vaccinale primario da non oltre 120 giorni oppure avvenuta guarigione da COVID-19 da non oltre 120 giorni oppure guarigione da COVID-19 contratto successivamente al completamento del ciclo vaccinale primario), 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 convivente positiva al Covid-19 e che quest'ultima ha mantenuto - e, laddove ancora positiva, continua a mantenere - il regime di isolamento, in coerenza con le vigenti norme in materia.

In relazione a quanto sopra, il/la sottoscritto/a 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 un tampone antigenico rapido o molecolare finalizzato ad accertare l'eventuale positività. Inoltre, il/la sottoscritto/a è consapevole che a fronte dell'insorgenza dei sintomi dovrà astenersi dalla prestazione lavorativa presso i locali aziendali, dandone tempestiva informazione alla propria funzione di Gestione del Personale e al Responsabile diretto e, qualora tali sintomi permangano, si impegna, altresì, a ripetere il

RisorseUmaneOrganizzazione

AutosorveglianzaContattoStrettoCovid-19

NoidiPoste



tampone antigenico rapido o molecolare al 5° giorno successivo all'ultimo contatto stretto con il soggetto positivo, consegnando copia dell'esito negativo prima del rientro in servizio presso le sedi aziendali.

Luogo: _____ Data: ____ / ____ / ____

Firma del/della dichiarante _____

RisorseUmaneOrganizzazione

AutosorveglianzaContattoStrettoCovid-19

NoidiPoste

