

AUTODICHIARAZIONE RIENTRO IN SERVIZIO A SEGUITO DI QUARANTENA PER CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL SARS-CoV-2.

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 stato sottoposto alla misura della **quarantena** per contatto con casi di Covid-19 e di aver concluso tale periodo alla data del ____/____/____ in coerenza con quanto previsto dalle vigenti disposizioni in materia nonché con riferimento al proprio stato vaccinale e al grado di rischio definito dalle disposizioni medesime;
- di aver rispettato diligentemente le specifiche indicazioni impartite dal proprio medico di medicina generale/dalle Autorità Sanitarie Competenti;
- di aver effettuato un tampone, che ha dato esito negativo, il ____/____/____, al termine del periodo di quarantena previsto dalle disposizioni vigenti anche in considerazione del proprio stato vaccinale.

[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 dichiara di non poter produrre il certificato di fine quarantena rilasciato dalle Autorità Sanitarie Competenti o dal Medico di Base in quanto non previsto dalle disposizioni sanitarie locali ai fini del rientro in comunità e, unitamente alla presente autodichiarazione, produce pertanto copia dell'esito negativo del tampone sopra richiamato .

RisorseUmaneOrganizzazione

RientroInServizioPostQuarantena

NoidiPoste



Il/la sottoscritto/a si obbliga, altresì, a continuare ad attenersi scrupolosamente alle disposizioni anti-contagio e si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi eventuale variazione rispetto alle situazioni sopra dichiarate, ivi inclusa l'eventuale insorgenza di sintomi riconducibili al Coronavirus.

Luogo: _____ Data: ____/____/____

Firma del/della dichiarante _____

RisorseUmaneOrganizzazione
RientroInServizioPostQuarantena

NoidiPoste

