

AUTOCERTIFICAZIONE PROTOCOLLO COVID-19

Il/La Sottoscritto/a, _____, residente in _____,
Via _____, recapito telefonico _____ in qualità di Visitatore
del sito _____,

DICHIARO CHE

Sono a conoscenza:

- Del *“Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure di contrasto e il contenuto della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro”*, sottoscritto in data 14 Marzo e successivamente in data 24 Aprile, su invito del Presidente del Consiglio dei ministri e dei Ministri competenti in materia, che hanno promosso l’incontro tra le parti sociali, in attuazione della misura, contenuta nell’art. 1, comma primo, numero 9), del DPCM 11 Marzo 2020, ai fini di contenere il contagio da Covid-19, e ne hanno compreso le misure in esso previste, in particolare:

1. Sono informato/a sul fatto che:

- a. Non potrò entrare se la temperatura corporea è superiore ai 37.5°C o permanere successivamente all’ingresso, dovessero insorgere condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura > 37,5°C).
- b. Nei casi di cui sopra dovrò tempestivamente avvertire il medico curante e, qualora non reperibile immediatamente, l’autorità sanitaria.
- c. Non potrò entrare se fossi risultato positivo al Covid-19 e non avessi certificazione medica da cui risulti l’“avvenuta negativizzazione del tampone”.

2. Mi impegno ad effettuare la misurazione della temperatura corporea, qualora richiesto dallo stabilimento con le modalità di cui al predetto protocollo;

3. Ho preso visione ed ho compreso le misure previste nelle Istruzioni di sicurezza adottate dallo stabilimento e mi impegno a rispettarle. In particolare:

- a. Mi impegno ad informare tempestivamente i numeri di contatto della _____, in caso di insorgenza sintomi influenzali, anche nei 14 giorni successivi alla visita, o in caso di sospetto di contatti con persone a cui è stata diagnosticata infezione da Covid-19 negli ultimi giorni o provenga da zone a rischio secondo le indicazioni dell’OMS.
- b. Mi impegno a rispettare tutte le indicazioni e disposizioni ricevute dalla _____.

Data e luogo

Firma Visitatore
