# DICHIARAZIONE PER IL RIENTRO AL LAVORO

**(su modello predisposto dalla Regione Friuli Venezia Giulia)**

**Il sottoscritto**

Nome Cognome nato il

a

residente in via a

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali)

**PRESO ATTO DELL’INFORMAZIONE RICEVUTA, CONFERMO**

|  |
| --- |
| * **di non essere sottoposto alla misura dell’isolamento ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato un tampone diagnostico negativo per SARS-COV-2;**
 |
| * **di essere consapevole di dover rimanere al mio domicilio e di non recarmi al lavoro in caso di febbre superiore a 37.5° e/o presenza di sintomi similinfluenzali (febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria), o altri sintomi riconducibili al COVID 19 (perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi) e di dover contattare il medico curante e/o gli altri presidi sanitari regionali (112, 800500300); in tal senso dichiaro di non presentare i sintomi prima riportati.**
 |
| * **di conoscere e rispettare le norme date sul distanziamento sociale, sul lavaggio**

**delle mani, sull’uso corretto delle mascherine, sulla disinfezione degli ambienti;** |
| * **di aver ricevuto adeguata informazione e formazione ai sensi dei comportamenti e delle procedure previste per l'accesso alla SISSA, per lo svolgimento delle attività all’interno delle sue strutture e per la fruizione dei servizi;**
 |
| * **di essere consapevole di non poter permanere nella Scuola e di doverlo dichiarare tempestivamente qualora, anche successivamente all’ingresso, sussistano condizioni di potenziale pericolo (febbre e/o sintomi simil influenzali o altri sintomi sopra richiamati) avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti, di rientrare a domicilio e di contattare il medico curante.**
 |
| * **di essere consapevole delle disposizioni del Ministero della Salute per l’ingresso in Italia dai diversi paesi esteri** <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5411&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
 |

|  |
| --- |
|  Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero |
|  *Dichiaro inoltre di essere consapevole che a tali comportamenti, oggi sottoscritti, mi atterrò anche in futuro e che qualunque modifica della situazione odierna (quarantena, positività, contatti a rischio, ecc) deve essere comunicata al datore di lavoro ed al medico competente.* |
| **Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati” (GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti alla SISSA, per le finalità connesse e strumentali al/agli articolo/articoli in essere, saranno trattati, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Le informazioni riguardanti il trattamento dei dati e la relativa informativa sono reperibili al seguente indirizzo:** [**http://www.sissa.it/it/privacy**](http://www.sissa.it/it/privacy)**SISSA raccoglie i dati personali non riguardanti lo stato di salute per assolvere agli obblighi in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro, anche con riferimento al comunicato del Garante per la protezione dei dati personali del 2 marzo del 2020 che prevede la creazione di canali dedicati per le comunicazioni ai fini della valutazione del rischio biologico. Il soggetto interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 12-22 del GDPR di accesso, limitazione, rettifica, portabilità, opposizione, cancellazione, compatibilmente agli obblighi del titolare, inviando una e mail al seguente indirizzo:** **info@sissa.it** Acconsento |
| **In fede** |
| **Data** |



**Firma**