

**ALLEGATO 4**

**REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI  
INFLUENZALI**

**DATA: 08/05/2020  
REV. – Pag.1 di 3**

**ALLEGATO 4**

**REGISTRO  
dichiarazione sostitutiva  
sintomi influenzali**

*li, 08.05.2020*

**LAVORATORE**

\_\_\_\_\_

**DATORE DI LAVORO**

**Emanuela Botta**

(documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.  
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA DI SINTOMI INFLUENZALI****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI**

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA****AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID – 19**

- Di essere a conoscenza che il personale ha l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in caso abbia presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- Di essere a conoscenza che il personale non può fare ingresso o permanere nel luogo di lavoro e deve dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- Di impegnarmi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda. In particolare: mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.
- Di firmare giornalmente il registro allegato alla presente dichiarazione, sostitutivo della dichiarazione stessa.

Luogo, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità connesse al contenimento della diffusione del Covid-19 per le quali sono state acquisite.

**ALLEGATO 4**REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI  
INFLUENZALIDATA: 08/05/2020  
REV. – Pag.3 di 3**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI**

Nome		Cognome			Mansione	
GIORNO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						