

AUTODICHIARAZIONE DI ANAMNESI PERSONALE

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Tel. (cellulare) _____

Dipendente dell'azienda _____

Nato a _____ il _____ e residente in _____

Via/piazza _____ N _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 del Codice Penale)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID19

ed inoltre:

Ha avuto una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni?

- Stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato Di COVID 19 senza utilizzo di DPI?

SI	
NO	

- Assistenza a caso sospetto o confermato di COVID-19 senza utilizzo di DPI?

SI	
NO	

Ha avuto uno dei seguenti sintomi?

- Tosse

SI	
NO	

- Dispnea

SI	
NO	

- Disturbi gastrointestinali

SI	
NO	

(5-6 o più scariche diarroiche)

- Febbre

SI	
NO	

CASAL DI PRINCIPE , lì 30/05/2020

Firma del lavoratore

Se ci sono uno o più SI al Punto 1 ->

Avviare le procedure per l'effettuazione del Tampone COVID19.

Se ci sono uno o più SI ai Punti 1 e 2 ->

Il soggetto deve praticare tampone COVID19 ed essere avviato ad isolamento domiciliare con sorveglianza attiva da parte del SEP competente in attesa di risultato diagnostico.

Egr.

c/o

ISTITUTO COMPRENSIVO "DON DIANA"

VIA CAVOUR, 20

81033 CASAL DI PRINCIPE (CE)

CONSEGNA A MANO

CASAL DI PRINCIPE , 30/05/2020

OGGETTO: Designazione dell'addetto alla misurazione della temperatura corporea dei dipendenti.

Il sottoscritto **PROF.ssa MARIA MOLINARO**, in qualità di datore di lavoro della azienda in intestazione, consultato preventivamente il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, ai sensi del **Protocollo condiviso** di regolamentazione delle misure per il contrasto e il **contenimento della diffusione del virus Covid-19** negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020, riportato nell'**Allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020**, con la presente

LA DESIGNA

quale **addetto alla misurazione della temperatura corporea dei dipendenti**, per lo svolgimento dell'incarico attribuito, Lei riceverà la necessaria formazione e disporrà di adeguate attrezzature.

Inoltre, Le si rammenta che la designazione non può essere rifiutata, se non per giustificato motivo.

Distinti saluti.

ISTITUTO COMPRENSIVO "DON DIANA"

(PROF.ssa MARIA MOLINARO)

Data e firma per ricevuta copia e accettazione dell'incarico

(Addetto alla misurazione della temperatura corporea)

(Data e firma)

OGGETTO: Attestazione dell'avvenuto addestramento e consegna dei dispositivi di protezione individuale come da Piano di Sicurezza COVID-19

Il sottoscritto, in qualità di **dipendente** della azienda ISTITUTO COMPRENSIVO "DON DIANA", con la presente

DICHIARA

di aver ricevuto, previo adeguato addestramento, in dotazione personale i Dispositivi di protezione individuale (DPI) appresso indicati.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATTREZZATURA ANTICADUTA | <input type="checkbox"/> CINTURA DI SICUREZZA |
| <input type="checkbox"/> IMBRACATURA DI SICUREZZA | <input type="checkbox"/> MASCHERA PER SALDATORE |
| <input type="checkbox"/> OCCHIALI DI SICUREZZA | <input type="checkbox"/> SCHERMO DI SICUREZZA |
| <input type="checkbox"/> CALZATURA DI SICUREZZA | <input type="checkbox"/> GINOCCHIERA |
| <input type="checkbox"/> STIVALE DI SICUREZZA | <input type="checkbox"/> CASCO CON CUFFIE |
| <input type="checkbox"/> CASCO CON VISIERA | <input type="checkbox"/> CASCO CON VISIERA E CUFFIE |
| <input type="checkbox"/> CASCO DI PROTEZIONE | <input type="checkbox"/> COPRICAPO |
| <input type="checkbox"/> ELMETTO DI PROTEZIONE | <input type="checkbox"/> GUANTI |
| <input type="checkbox"/> GUANTIO A TELA RINFORZATA | <input type="checkbox"/> GUANTI ANTIVIBRAZIONI |
| <input type="checkbox"/> GUANTI DIELETTICI | <input type="checkbox"/> GUANTI GOMMA |
| <input type="checkbox"/> GUANTI PLASTICA | <input type="checkbox"/> MASCHERA (per la protezione delle vie respiratorie) |
| <input type="checkbox"/> MASCHERA RESPIRATORIA (con filtro specifico) | <input type="checkbox"/> MASCHERINA ANTIPOLVERE |
| <input type="checkbox"/> RESPIRATORI O AUTORESPIRATORI | <input type="checkbox"/> CUFFIE |
| <input type="checkbox"/> INSERTI AURICOLARI | <input type="checkbox"/> OTOPROTETTORI |
| <input type="checkbox"/> GREMBIULE | <input type="checkbox"/> GREMBIULE DA SALDATORE |
| <input type="checkbox"/> INDUMENTI AD ALTA VISIBILITA' | <input type="checkbox"/> INDUMENTI IMPERMEABILI |
| <input type="checkbox"/> INDUMENTI PROTETTIVI | <input type="checkbox"/> |

Inoltre,

SI IMPEGNA

conformemente all'informazione, istruzione, formazione e addestramento ricevuto, ai sensi del **Protocollo condiviso** di regolamentazione delle misure per il contrasto e il **contenimento della diffusione del virus Covid-19** negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 riportato nell'**Allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020**, per prevenire l'eventuale contagio da **esposizione a SARS-CoV-2**, ad:

- utilizzare correttamente i DPI sopraindicati;
- a provvedere alla cura dei DPI sopraindicati;
- a non apportare modifiche di propria iniziativa ai DPI sopraindicati;
- a segnalare qualsiasi difetto o inconveniente da essi rilevato nei DPI sopraindicati.

Letto, confermato e sottoscritto.

CASAL DI PRINCIPE, li 30/05/2020

Il dipendente

AUTODICHIARAZIONI DEL LAVORATORE

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Nome _____ Cognome _____
Codice fiscale _____ Tel. (cellulare) _____
Dipendente dell'azienda _____
Nato a _____ il _____ e residente in _____
Via/piazza _____ N _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 del Codice Penale)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di aver ben compreso quanto riportato nel **Piano di Sicurezza COVID-19**, allegato all'aggiornamento del DVR, redatto ai sensi del **Protocollo condiviso** di regolamentazione delle misure per il contrasto e il **contenimento della diffusione del virus Covid-19** negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 riportato nell'**Allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020**, e di rispettare in modo rigoroso quanto in esso rispettato. A tal proposito comunicherà al datore di lavoro eventuali situazioni quali:

- essere a conoscenza di essere entrato in contatto con persone positive al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di aver febbre o altri sintomi (tosse, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.);
- che altri membri della sua famiglia presentano sintomatologie di cui al punto precedente;

DICHIARA INOLTRE

- di essere stato **informato dal datore di lavoro sui rischi del COVID**;
- di aver ricevuto materiale informativo a mezzo _____ in data _____;
- di impegnarsi nei prossimi giorni a **controllare e registrare la temperatura corporea** due volte al giorno (mattina e sera) **prima** di recarsi al lavoro ed al **ritorno** a casa;
- di impegnarsi a non frequentare luoghi chiusi ed affollati, evitando la partecipazione a riunioni;
- di mantenere, per quanto possibile, una distanza superiore ad un metro con le altre persone;
- in caso di permanenza prolungata in una stanza o un ambiente chiuso con altre persone di mantenere una distanza superiore a 2 metri, tenendo la finestra aperta o indossando una mascherina protettiva e guanti;

DICHIARA INFINE

- che per le attività nel luogo di lavoro, laddove è inevitabile la distanza ravvicinata con altra persona, indosserà la mascherina fornita dal Datore di Lavoro;
- che laverà le mani con soluzione idroalcolica all'ingresso del luogo di lavoro, prima e dopo le pause pranzo e all'ingresso o all'uscita dei servizi igienici con le soluzioni fornite dal Datore di Lavoro;
- che si assicurerà che le attrezzature del luogo di lavoro, siano igienizzate, nel caso siano utilizzate da più persone, ogni volta, prima e dopo il loro utilizzo con apposita soluzione idroalcolica;
- che si assicurerà che i servizi igienici siano igienizzati prima di essere utilizzati.

CASAL DI PRINCIPE , lì 30/05/2020

Firma del Lavoratore