

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PERSONALE OPERATORE, EDUCATORI, ANIMATORI E VOLONTARI DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA PRIMA ACCOGLIENZA

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____,
nato il ____/____/____ a _____ (____),
residente in _____ (____),
Via _____,
Tel _____, Cell _____
email _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal D.L. 33 del 16 maggio 2020 e dal DPCM 11 giugno 2020;
- b. non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti;
- c. non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
- d. non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- e. di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assumere infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività lavorativa, di tenersi lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile del Centro. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

In fede

Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato da _____, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

ALLEGATO E

RICEVUTA DI DOTAZIONE DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Il/La sottoscritto/a

Collaboratore/ istruttore di ASD Accademia Isola Bergamasca per il Centro Ricreativo Estivo

DICHIARA

di ricevere in dotazione ai il seguente materiale antinfortunistico ed indumenti da lavoro per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di aver ricevuto adeguate istruzioni sul corretto uso degli stessi:

- GUANTI MONOUSO
- MASCHERA (TIPO: _____)
- GEL IGIENIZZANTE

E SI IMPEGNA

- 1) ad usare con cura il materiale fornito e i dispositivi di sicurezza e gli altri mezzi di protezione predisposti e messi a disposizione sui luoghi di lavoro;
- 2) a segnalare immediatamente le deficienze riscontrate dei dispositivi e dei mezzi di sicurezza e di protezione, nonché altre eventuali condizioni di pericolo;
- 3) a non rimuovere o modificare i dispositivi e gli altri mezzi di sicurezza e di protezione senza averne ottenuta l'autorizzazione;
- 4) a non compiere, di propria iniziativa, operazioni o manovre non di propria competenza e che possano compromettere la sua sicurezza e quella di altre persone.

Data

Per ricevuta (collaboratore).....