

**Allegato 1 – MODELLO DI DICHIARAZIONE**  
del personale ditta interventi occasionali

Il sottoscritto (nome)..... (cognome).....

Codice Fiscale: ....., Tel. (cellulare): .....

nato a .....( ...) , il .../.../....., residente in .....(..)

via/piazza ..... n° .....

dipendente della ditta/società .....

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di aver compreso quanto riportato nel documento denominato "**Emergenza COVID-19 - aggiornamento Informativa del Rischio e DUVRI**ai sensi dell'art.26 del D.Lgs.81/08", allegato al DUVRI dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" e di rispettare in modo rigoroso quanto in esso riportato.

A tal proposito si impegna a comunicare 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...../...../ 2020;
- 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 in ospedale, 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 in ospedale, 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 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.

Data: ..... Firma del Lavoratore .....