

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4**

**REGISTRO DICHIARAZIONE SINTOMI  
INFLUENZALI**

DATA: 08/05/2020  
REV. – Pag.2 di 3

**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     |        |         |        |        |          |  |