

Il sottoscritto

(nome) _____

(cognome) _____

(nato/a a) _____

il (data) _____

appartenente al

☐ (Istituzione/Azienda) _____

(Posizione nell'azienda) _____

☐ (Altro) _____

in relazione all'attività da svolgere presso la Sezione di Roma dell'INFN

dal _____ al _____

(Persona di Riferimento nella Sezione di Roma)

(contatto telefonico nella Sezione di Roma)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non essere destinatario di un provvedimento di quarantena e di non essere risultato positivo al test del Covid-19;
- di non aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni dalla data della presente dichiarazione e di ogni ingresso presso la Sezione di Roma dell'INFN, con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non presentarsi la Sezione di Roma dell'INFN in presenza di sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse, informando immediatamente la persona di riferimento ed il contatto telefonico sopra indicati e l'autorità sanitaria locale (*indicare il contatto telefonico dell'Autorità Sanitaria da contattare* _____);
- di essere a conoscenza che anche dopo l'accesso presso la Sezione di Roma dell'INFN, permane l'obbligo di dichiarare tempestivamente alla persona di riferimento ed al contatto telefonico sopra indicati, se intervengono condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti e indossare la mascherina chirurgica;
- di aver preso conoscenza di tutte le misure e le prescrizioni per il contrasto e contenimento del virus SARS-CoV-2 in vigore presso la Sezione di Roma dell'INFN e di impegnarsi ad osservarle durante tutto il periodo di permanenza presso la stessa;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Direttore della Struttura il sopravvenuto proprio stato di positività al tampone COVID-19 anche se accertato successivamente al definitivo abbandono della struttura INFN ospitante, fino ad almeno 14 giorni successivi la propria partenza.

DATA _____ FIRMA _____