



Spett.Le
AZIENDA AGRICOLA ...

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA SINTOMI – MISURE ANTICONTAGIO COVID-19

Il sottoscritto _____ nato il ___ / ___ / ___ a _____ (TN)

residente a _____ (TN) in via _____

con la presente dichiara sotto la propria responsabilità:

ASSENZA SINTOMI (barrare una scelta):

- di NON presentare sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie nella giornata di oggi e nelle precedenti 14 giornate;
- di presentare sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie nella giornata di oggi e nelle precedenti 14 giornate;

ASSENZA SINTOMI CONVIVENTI (barrare una scelta):

- NON vi sono persone a casa e di non aver avuto contatti nei precedenti 14 giorni con persone che risultano essere positive al COVID-19 o che presentano sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie.
- vi sono persone a casa e di non aver avuto contatti nei precedenti 14 giorni con persone che risultano essere positive al COVID-19 o che presentano sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie.

Inoltre si impegna a:

1. Rispettare il regolamento aziendale in materia di misure di prevenzione e protezione anticontagio;

2. Comunicare al Datore di lavoro/Referente Covid-19 TEMPESTIVAMENTE e PRIMA DI RAGGIUNGERE IL LUOGO DI LAVORO eventuali sintomi o problematiche inerenti la salute propria e quella dei propri conviventi;

3. Effettuare una misurazione della temperatura corporea presso la propria abitazione e NON presentarsi sul luogo di lavoro in caso la stessa sia > 37,5°C dandone comunicazione telefonica al Datore di lavoro/Referente Covid-19;

4. Segnalare all'azienda la presenza di fragilità/patologie critiche/stato di gravidanza (in collaborazione con il proprio medico curante ed il medico competente aziendale)

Luogo _____ Data ___ / ___ / ___

Nome e cognome leggibili _____

Firma _____