**Oggetto: Dichiarazione da parte del lavoratore sulle condizioni d’ingresso all’azienda**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente di (nome azienda), adibito alla mansione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* *Per quanto di sua conoscenza, di non essere stato a contatto, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19.*
* *Di aver posto in essere, se di rientro da paesi esteri a rischio, tutte le misure obbligatorie prescritte dalle autorità competenti.*
* *Che negli ultimi 14 gg non ha avuto nessuno dei sintomi suggestivi di COVID-19 riportati di seguito:*

|  |
| --- |
| febbre (se superiore a 37,5) |
| tosse |
| difficoltà respiratoria  |
| stanchezza |
| indolenzimento muscolare |
| congestione nasale (naso che cola) |
| mal di gola |
| dissenteria  |
| congiuntivite |

* *Di essere a conoscenza del protocollo di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 (nome azienda), di averne preso visione e di applicare le prescrizioni in esso indicate.*

(Luogo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(Data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_