



**MODULO PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI IN AZIENDA IN CONSIDERAZIONE DEL
VIRUS COVID-19 “CORONAVIRUS”**

In seguito all’evolversi degli eventi legati alla diffusione del virus COVID-19 nelle aree dove l’ISTITUTO SCOLASTICO PARITARIO MADDALENA DI CANOSSA opera, è necessario verificare quotidianamente la situazione dei diversi *appaltatori / visitatori / personale esterno* che fossero presenti nelle aree coinvolte.

Per fare questo è richiesta ad ogni *appaltatori / visitatori / personale esterno* la dichiarazione al fine di prendere eventuali provvedimenti in merito in linea con le indicazioni del Prefetto, del Autorità Sanitarie e della normativa in vigore.

SEZIONE RISERVATA AL APPALTATORI / VISITATORI / PERSONALE ESTERNO

Il sottoscritto _____

DICHIARA

- 1) Di essere stato sottoposto al controllo della temperatura, prima di accedere in azienda, al fine di verificare il rispetto dei parametri previsti dalla normativa vigente per poter iniziare l’attività lavorativa, **ed inoltre che la temperatura, nel rispetto della normativa Privacy non viene riportata e nemmeno registrata.**
- 2) Di non essere stato a “stretto contatto”, negli ultimi 14 giorni, con persone che sono risultate positive al “Covid-19”, per quanto di sua conoscenza.
- 3) Di non essere stato, negli ultimi 14 giorni, presso Comuni o comunque in aree classificate e indicate dagli Enti Preposti come “*in quarantena*” ovvero zone in cui non è possibile l’accesso in entrata/uscita.

Firma _____

SEZIONE RISERVATA AL REFERENTE AZIENDALE CHE EFFETTUA LA MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA

A seguito delle dichiarazioni del sottoscritto ed in base al rilievo di temperatura effettuato il Referente indica:

Essendovi il rispetto di **tutti i requisiti** richiesti che è possibile accedere in azienda, secondo le indicazioni organizzative fornite e le disposizioni di prevenzione impartite

Essendovi il **mancato rispetto** di almeno uno dei requisiti richiesti **NON è possibile** accedere in azienda. In tal caso se previsto dalla normativa vigente contattare l’autorità sanitaria (*)

Data ____ / ____ / 2020

Firma _____

(*) Il nominativo verrà segnalato all’autorità sanitaria, **solo se previsto dalla normativa vigente**, al fine di ricevere istruzioni dalla stessa in merito al corretto comportamento da tenersi per la gestione di tale situazione

NUMERI DI TELEFONO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE

Numero Nazionale **1500**

Numero Regionale **800 89 45 45**