



REGIONE
PIEMONTE



1970 | 2020
PIEMONTE
valori comuni
Una regione, tante storie

Professioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali
AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA
PER IL DATORE DI LAVORO

Il/La Sottoscritto/a Nome: _____ Cognome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita _____

Residente/domiciliato a: _____

Indirizzo: _____

N. civico _____ CAP _____ Prov _____ Cod. Fiscale: _____

Telefono: _____ e-mail: _____

Documento d'identità (tipo) _____ Numero Documento _____

Nominativo del medico di Medicina generale

Nome: _____ Cognome: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE IN CASI DI DICHIARAZIONI MENDACI (D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445),

- ➔ DI NON ESSERE STATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI IN PAESI PER I QUALI E' PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO;
- ➔ DI NON AVER MANIFESTATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SINTOMI COMPATIBILI DA INFEZIONE COVID-19 (ad esempio febbre superiore ai 37,5°C, tosse, difficoltà respiratorie, riduzione dell'olfatto);
- ➔ DI EFFETTUARE ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIA O ASSISTENZIALE;
- ➔ CHE IL PROPRIO DATORE DI LAVORO È:

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

☐ DICHIARO CHE SEGNERÒ TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE L'EVENTUALE INSORGENZA DI SINTOMI

☐ COMPILANDO E INVIANDO IL MODULO, SI ACCETTA L'INFORMATIVA SULLA PRIVACY: i dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION- GDPR) secondo l'informativa conservata presso la Regione Piemonte e accessibile al link:

<https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/organizzazione/privacy-protezione-dei-dati-personali>

FIRMA _____