



Valutazione preventiva all'accesso in Istituto da parte di persona esterna

La *check list* di cui sotto deve essere compilata da ogni visitatore/operatore **PRIMA** di accedere ai locali dell'Istituto.

..l.. sottoscritt... _____ recapito telefonico _____

la cui presenza in Istituto nelle date: _____ - _____ è dovuta a: _____

A seguito delle misure igienico-sanitarie del contagio previste dal Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici del 15/04/2021

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

• Di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Di non essere affetto da: <ul style="list-style-type: none"> ○ febbre maggiore di 37,5° C e brividi ○ Tosse di recente comparsa ○ Difficoltà respiratoria ○ Mal di gola ○ Perdita o diminuzione dell'olfatto o del gusto 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Di non essere a conoscenza di essere positivo al COVID-19 (<u>solo</u> per selezioni INTERNE)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• In caso di rientro dall'estero, di aver rispettato quanto previsto dal capo VI del Dpcm 2 marzo 2021	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Di non essere a conoscenza di avere avuto contatti stretti, negli ultimi 14 giorni, con casi sospetti o confermati di COVID – 19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

IN CASO DI RISPOSTA “NO” AD UNA DELLE PRECEDENTI DOMANDE OPPURE PRESENTANDO SINTOMI LEGATI ALLA POSSIBILE INFEZIONE DA VIRUS COVID-19 ALL'ATTO DELL'ACCESSO E' FATTO ASSOLUTO DIVIETO DI ACCESSO A TUTTE LE STRUTTURE DELL'ISTITUTO.

Data e luogo _____

_____ (firma del dichiarante)

Servizio Prevenzione e Protezione