



**MODULO di DICHIARAZIONE per la DITTA APPALTATRICE  
Emergenza COVID-19 (\*)**

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il (data) \_\_\_\_\_

in qualità di datore di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08 dell'azienda:

ragione sociale: \_\_\_\_\_

telefono e mail: \_\_\_\_\_

in relazione ai lavori da svolgere presso l'area dei Laboratori Nazionali di Frascati ed Amministrazione Centrale dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (di seguito "Struttura INFN")

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Persona INFN di Riferimento \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di aver informato il personale sulle prescrizioni e gli obblighi previsti per il contenimento del contagio da Sars-CoV-2 ed in particolar modo su:

- il divieto di accesso presso la Struttura INFN a chi è destinatario di un provvedimento di quarantena o a chi è risultato positivo al test del Covid-19 e a chi ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni dalla data della presente dichiarazione con soggetti risultati positivi al Covid-19;
- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non presentarsi presso la Struttura INFN in presenza di sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse;
- l'impossibilità di rimanere nell'area dell'INFN e l'obbligo di informare tempestivamente il proprio datore di lavoro in caso si verificasse, anche successivamente all'ingresso, la presenza di qualsiasi sintomo influenzale avendo cura pertanto di rimanere isolato dalle persone presenti;
- le misure e le prescrizioni per il contrasto e contenimento del virus SARS-CoV-2 in vigore presso la Struttura INFN impegnandosi ad osservarle durante tutto il periodo di permanenza presso la stessa;
- l'obbligo di comunicare tempestivamente il sopravvenuto proprio stato di positività al tampone COVID-19 anche se accertato successivamente al termine dei lavori presso la Struttura INFN;
- l'obbligo di rispettare la distanza interpersonale di almeno un metro, di utilizzare i propri dispositivi di protezione individuale e di fare uso esclusivamente dei servizi igienici dedicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_