

## Professioni sanitarie, socio-sanitarie e di attività di assistenza alla persona

### AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' 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 RESPONSABILITA', 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 ATTIVITA' SOCIO-SANITARIA O DI ASSISTENZA ALLA PERSONA;**
- ➔ **CHE IL PROPRIO DATORE DI LAVORO E':**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

DICHIARO CHE SEGNERO' TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI CONTINUITA' 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 \_\_\_\_\_