



# CITTA' DI LAVELLO

Provincia di Potenza

SETTORE I – AFFARI GENERALI

Via Cavour - ☎ 0972-80111 ☒ 0972-88643

Sito web: [www.comune.lavello.pz.it](http://www.comune.lavello.pz.it) e-mail: [info@comune.lavello.pz.it](mailto:info@comune.lavello.pz.it)

C.A.P. 85024 - C.F.: 85000470766 – P.IVA: 00789800760

## Autocertificazione scheda di valutazione infezioni vie respiratorie suggestive rischio Covid 19 per l'accesso al concorso pubblico per n.1 posto da Istruttore Direttivo di Vigilanza.

Nome	Cognome	
Nato a	il	recapito tel

### Negli ultimi 14 giorni ha avuto uno di questi sintomi?

Febbre > 37,5	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> no

### LINK EPIDEMIOLOGICO

Esposizione a casi accertati Covid 19 (Tampone Positivo) Si  No

Esposizione a casi sospetti Si  No

Contatti con familiari di casi sospetti Si  No

Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) Si  No

Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) Si  No

Frequentazione ambienti sanitari con casi accertati/sospetti Si  No

Lavora

Se si come  smart working  a contatto con altri soggetti

con impiego dispositivi di protezione

senza impiego dispositivo di protezione

In quale luogo \_\_\_\_\_ (es. ufficio, esercizio pubblico, trasporti altro)

**Ha effettuato viaggi negli ultimi 40 giorni?** Si  No

Se si dove  nella Provincia di \_\_\_\_\_  nella Regione \_\_\_\_\_  in Italia  Estero

### DICHIARA

di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID – 19;

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid -19:

.....

- Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di falsa dichiarazione;
- Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere a conoscenza della misure di prevenzione contenute nel Protocollo approvato dal Comune di Lavello, consegnato in data odierna, e di impegnarsi a rispettarle;
- Autorizza il Comune di Lavello al trattamento dei dati particolari relativi al proprio stato di salute contenuti in questo modulo ad alla sua conservazione ai sensi del reg. eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente, consapevole che gli stessi verranno trattati esclusivamente per finalità di contenimento del contagio da Covid 19, in ossequio alle vigenti disposizioni.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**