



AUTOCERTIFICAZIONE AZIENDE ESTERNE

Il/La sottoscritto/a,

Nome: _____

Cognome: _____

In qualità di Datore di Lavoro ai sensi del D. Lgs. 81/2008 dell'ente/azienda: _____

i cui dipendenti hanno titolo all'accesso ai locali dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) della Sezione di Firenze situati all'interno dell'Università di Firenze in via Bruno Rossi 1 a Sesto Fiorentino (FI) in base:

all'ordine numero _____ stipulato in data _____
tra _____

ovvero

all'accordo preso col dott. _____ in data _____

ovvero

alla convenzione/contratto _____ stipulato in data _____
tra _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi

DICHIARA

Di aver preso visione e di essere a conoscenza delle misure di sicurezza di cui al Protocollo operativo locale della Sezione di Firenze dell'INFN;

Di aver preso visione e di essere a conoscenza delle misure di sicurezza di cui al Protocollo anticontagio adottato dall'Università degli Studi di Firenze;

Di aver adottato per la propria azienda i protocolli di protezione minima di cui al DPCM 26 marzo 2020 e allegati ed il Protocollo di sicurezza anti-contagio di cui all'Ordinanza n. 48 del 3 maggio 2020 del Presidente della Giunta Regionale della Toscana.

Di ottemperare a quanto previsto nei due Protocolli sopra citati mettendo in essere le seguenti misure

Data

Firma

