

### 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. 62 del 8 giugno 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



**Dichiarazione da compilare per ogni lavoratore che richiede l'accesso**

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

Nato a \_\_\_\_\_ il (data) \_\_\_\_\_

Istituzione/Azienda \_\_\_\_\_

Posizione nell'azienda: \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

in relazione all'attività da svolgere presso ..... (*indicare la Struttura INFN*)

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

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di non essere destinatario di un provvedimento di quarantena e di non essere risultato positivo al test del Covid-19;
- di non aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni dalla data della presente dichiarazione e di ogni ingresso presso **la sezione INFN di Firenze**, con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non presentarsi presso **la sezione INFN di Firenze** in presenza di sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse, informando immediatamente:
  - l'autorità sanitaria locale e regionale di competenza;
  - di essere a conoscenza che anche dopo l'accesso *presso la sezione INFN di Firenze*, permane l'obbligo di dichiarare tempestivamente al Direttore INFN sezione di Firenze, *telefono 055 457-2080 - email: adriani@fi.infn.it*, se intervengono condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti e indossare la mascherina chirurgica;
- di aver preso conoscenza di tutte le misure e le prescrizioni per il contrasto e contenimento del virus SARS-CoV-2 in vigore presso **la sezione INFN di Firenze** e di impegnarsi ad osservarle durante tutto il periodo di permanenza presso la stessa;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Direttore della Struttura **INFN di Firenze** il sopravvenuto proprio stato di positività al tampone COVID-19 anche se accertato successivamente al definitivo abbandono della struttura INFN ospitante, fino ad almeno 14 giorni successivi la propria partenza.

DATA

FIRMA