



Il sottoscritto (nome e cognome) _____

Nato a _____ il (data) _____

Istituzione/Azienda _____

Posizione nell'azienda: _____

Altro _____

in relazione all'attività da svolgere presso i **Laboratori Nazionali di Legnaro**

dal _____ al _____

Persona di Riferimento _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- 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 **Laboratori Nazionali di Legnaro** e di impegnarsi ad osservarle durante tutto il periodo di permanenza presso la stessa (DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1)
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non presentarsi i **Laboratori Nazionali di Legnaro** in presenza di sintomi influenzali o respiratori come ad es. febbre superiore a 37,5° o tosse, informando immediatamente il Direttore dei Laboratori Nazionali di Legnaro (tel. 049.8068391 – email: fabiana.gramegna@lnl.infn.it e il proprio medico di famiglia o l'autorità sanitaria locale **800 462 340** (Numero verde della Regione del Veneto);
- di essere a conoscenza che anche dopo l'accesso a i **Laboratori Nazionali di Legnaro**, permane l'obbligo di dichiarare tempestivamente al Direttore dei Laboratori Nazionali di Legnaro (tel. 049.8068391 – email: fabiana.gramegna@lnl.infn.it e il proprio medico di famiglia o l'autorità sanitaria locale **800 462 340** (Numero verde della Regione del Veneto) 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente al Direttore della Struttura 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