



REGIONE  
PIEMONTE



1970 | 2020  
**PIEMONTE**  
valori comuni  
*Una regione, tante storie*

**Professioni sanitarie, socio-sanitarie e di attività di assistenza alla persona  
AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ 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 RESPONSABILITÀ, 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 ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIA O DI ASSISTENZA ALLA PERSONA;

➔ CHE IL PROPRIO DATORE DI LAVORO É:

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

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



DICHIARO CHE SEGNERÒ TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI CONTINUITÀ 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 \_\_\_\_\_