REGISTRO CONTROLLO ACCESSI

Con la sottoscrizione del presente documento si conferma di poter accedere ai luoghi di lavoro in quanto:

- nelle ultime 24 ore non ho manifestato sintomi influenzali, nessun familiare convivente ha manifestato sintomi influenzali (febbre oltre i 37,5 gradi, tosse, congiuntivite, dolori muscolari, etc.);
- ho misurato la temperatura ed è inferiore a 37,5°;
- non provengo da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS e non ho avuto contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti;
- qualora sottoposto a test, non risulta esito positivo all'infezione da COVID 19 (o in caso di positività ho presentato la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone).

COGNOME E NOME	ORARIO ENTRATA	ORARIO USCITA	NUMERO DI TELEFONO	FIRMA La presente firma è da intendersi come conferma di avvenuta lettura dell'informativa con relativa autodichiarazione in premessa

Si raccomanda la presa visione dell'Informativa Privacy. I dati raccolti saranno gestiti in coerenza con le vigenti disposizioni in materia di privacy e nel rispetto del Reg. EU 679/2016. Tutte le informazioni circa le finalità del trattamento, base giuridica, modalità di trattamento, periodo e luogo di conservazione sono facilmente consultabili nell'Informativa Privacy disponibile presso i locali di ingresso/reception desk ovvero tramite richiesta agli addetti al ricevimento.

Savignano sul Panaro, __/__/2020

Il Dirigente Scolastico

_____