

Luogo, gg/mm/2020

**Spett. Formula Imola S.p.A.**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R 28 DICEMBRE 2000, N.445**

Il/La sottoscritto/a.....,  
nato/a il ..... a ..... prov..... stato .....,  
residente in ..... prov..... stato .....,  
via ..... n° .....

ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dal medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza della regole comportamentali da adottarsi, riportate di seguito:
  - DIVIETO DI ACCESSO a tutti coloro che negli ultimi 14 gg abbiano avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 o che provengano da zone rosse.
  - DIVIETO DI ACCESSO a tutti coloro che presentino sintomi influenzali (temperatura corporea > 37,5°C ed affezioni delle vie respiratorie).
  - OBBLIGO DI ALLONTANARSI evitando contatti con chiunque, successivamente al suo ingresso in FORMULA IMOLA, per chi riscontrasse sintomi influenzali (temperatura corporea > 37,5 °C ed affezioni delle vie respiratorie), informando immediatamente il referente FORMULA IMOLA.
  - OBBLIGO DI RISPETTARE le disposizioni indicate dalla segnaletica di salute e sicurezza presente, relativa al COVID-19.
  - LIMITARE LA PROPRIA PRESENZA alle sole zone interessate alle attività da svolgere.
  - RISPETTARE il cartello indicante il numero massimo di persone che possono essere presenti nei vari ambienti.
  - DIVIETO DI USO dei servizi igienici del personale dipendente. In caso di necessità chiedere al referente FORMULA IMOLA.
  - MANTENERE LE DISTANZE interpersonali di almeno 1 metro.
  - INDOSSARE LA MASCHERINA se nello svolgimento dell'attività non sia possibile mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 metro.

Nome cognome

Firma