

	<b>MODULO</b>	<b>ALLEGATO 2</b>
	<b>RILEVAZIONE CONDIZIONI DI NON ACCESSO AL SERVIZIO</b>	

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (servizio/nucleo)

Con mansione di \_\_\_\_\_ (indicare)

**DICHIARA CHE:**

in data \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_, nel prendere servizio, ha rilevato che la propria temperatura corporea ha superato la soglia prevista nelle disposizioni normative di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19

Per tale motivo, sotto la propria responsabilità, dichiara di non prendere servizio e di avvertire in merito i propri referenti, si impegna a contattare nella giornata, il proprio medico curante e a trasmettere tempestivamente la certificazione dell'eventuale stato di malattia che impedisce il rientro in servizio

In fede.

\_\_\_\_\_  
(firma)