

Ordine di Servizio

del 07/12/2020

ORDINE DI SERVIZIO NUMERO 31

PREMESSO CHE:

- Lo stato di emergenza per diffusione da Covid 19 è stato prorogato fino al prossimo 31/01/2021;
- È stato necessario aggiornare le procedure aziendali attraverso la predisposizione di opportune note informative per i dipendenti di questa azienda;
- Sul sito aziendale www.atmtrapani.it è stata pubblicata l'informativa Covid 19 per tutti i dipendenti di questa azienda;
- Con Determina del Consigliere Delegato num 199 del 2020, protocollo 370/2020, si è proceduto all'approvazione dei documenti pubblicati sul sito aziendale e dei moduli di autocertificazione che ogni dipendente dovrà produrre nei confronti dell'azienda;

SI DISPONE:

- Che tutti i dipendenti di ATM Spa Trapani prendano visione della documentazione pubblicata sul sito aziendale www.atmtrapani.it;
- Che ogni dipendente compili il modulo di "Autodichiarazione del Lavoratore";
- Che il modulo "Autodichiarazione del Lavoratore" dovrà essere protocollato e consegnato al responsabile ufficio Amministrativo rag. Ignazio Cernigliaro;
- Che ogni lavoratore dovrà produrre il modulo di "Autodichiarazione di anamnesi personale" da presentare in azienda in caso di assenza dal lavoro (ferie, malattia, permessi generici e permessi ex legge 104/1992);

Il Direttore Generale

Ing. Massimo La Rocca

**F.to il Direttore Generale ing. Massimo La Rocca
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del DLG num 39/1993.**

AUTODICHIARAZIONE DI ANAMNESI PERSONALE

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Tel. (cellulare) _____

Residente/Domiciliato in _____ via _____ n° _____

Dipendente dell'azienda ATM Spa Trapani.

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 del Codice Penale).

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid-19.

ed inoltre:

Ha avuto una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni?

Stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di Covid-19?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Assistenza a caso sospetto o confermato di Covid-19?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Ha avuto uno dei seguenti sintomi?

✓ Tosse

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

✓ Dispnea

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

✓ Disturbi gastrointestinali

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

(5-6 o più scariche diarroiche)

✓ Febbre

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Trapani, ___/___/2020

Firma del lavoratore

AUTODICHIARAZIONI DEL LAVORATORE

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Nome _____ Cognome _____

Dipendente dell'ATM Spa Trapani,

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 del Codice Penale)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di aver ben compreso quanto riportato nel **Piano di Sicurezza COVID-19**, pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda, redatto ai sensi del **Protocollo condiviso** di regolamentazione delle misure per il contrasto e il **contenimento della diffusione del virus Covid-19** negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 riportato nell'**Allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020**, e di rispettare in modo rigoroso quanto in esso rispettato.

A tal proposito comunicherà al datore di lavoro eventuali situazioni quali:

- ✓ essere a conoscenza di essere entrato in contatto con persone positive al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- ✓ di aver febbre o altri sintomi (tosse, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.);
- ✓ che altri membri della sua famiglia presentano sintomatologie di cui al punto precedente;

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di essere stato **informato dal datore di lavoro sui rischi del COVID**;
- ✓ di aver consultato il materiale informativo disponibile sul sito aziendale dopo comunicazione a mezzo Ordine di Servizio a firma del Direttore Generale;
- ✓ di impegnarsi a non frequentare luoghi chiusi ed affollati, evitando la partecipazione a riunioni non necessarie;
- ✓ di mantenere, per quanto possibile, una distanza superiore ad un metro con le altre persone;
- ✓ in caso di permanenza prolungata in una stanza o un ambiente chiuso con altre persone di mantenere una distanza superiore a 2 metri, tenendo la finestra sempre aperta e indossando una mascherina protettiva;

DICHIARA INFINE

- ✓ che per le attività nel luogo di lavoro (inclusi gli autobus per gli operatori d'esercizio), indosserà la mascherina fornita dal Datore di Lavoro;
- ✓ che laverà le mani con soluzione idroalcolica all'ingresso del luogo di lavoro (autobus per gli operatori d'esercizio), ogni qualvolta verrà in contatto con altre persone all'ingresso o all'uscita dei locali aziendali e dai servizi igienici con le soluzioni fornite dal Datore di Lavoro;
- ✓ che si assicurerà che le attrezzature del luogo di lavoro, siano igienizzate, nel caso siano utilizzate da più persone, ogni volta, prima e dopo il loro utilizzo con apposita soluzione idroalcolica;

Trapani li ____/____/2020

Firma
