

Ordine di Servizio

del 09/12/2020

ORDINE DI SERVIZIO NUMERO 32

PREMESSO CHE:

- È necessario disciplinare gli ingressi nell'ufficio amministrativo sia ai dipendenti che agli esterni;
- È necessario disciplinare gli ingressi negli uffici strisce blu e trasporto pubblico locale sia ai dipendenti che all'utenza;

SI DISPONE:

- Che tutti i dipendenti di ATM Spa Trapani che accederanno per motivi di lavoro all'ufficio amministrativo dovranno utilizzare esclusivamente l'ingresso principale;
- Che gli esterni ad ATM Spa Trapani, oltre ad utilizzare l'ingresso principale per l'accesso agli uffici amministrativi, dovranno obbligatoriamente compilare il modulo "autodichiarazione anamnesi personale";
- Che il responsabile dell'ufficio amministrativo, rag. Ignazio Cernigliaro, dovrà predisporre un registro degli ingressi agli uffici amministrativi;
- Che il responsabile dell'ufficio abbonamenti strisce blu, sig. Giuseppe Giacone, dovrà predisporre un registro degli ingressi per gli uffici abbonamenti strisce blu e TPL;
- Che gli utenti "strisce blu" e "TPL" dovranno obbligatoriamente compilare il modulo "autodichiarazione anamnesi personale";

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° _____

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
