

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA CUI ATTINGERE PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI NR. 1 REFERENTE PER LE ATTIVITA' TECNICHE CIMITERIALI, CON ORARIO A TEMPO PIENO, CCNL SERVIZI FUNERARI - IMPRESE PUBBLICHE, PER I SERVIZI AFFIDATI AD AMA ROZZANO S.P.A. (CON POSSIBILE TRASFORMAZIONE IN CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO)

AUTODICHIARAZIONE

Il/la
sottoscritto/a _____,
nato il _____._____._____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____,
e domiciliato in _____ (____), via _____,
utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR
445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 14 giorni dalla data di compilazione della presente autodichiarazione :

- Ha avuto un contatto stretto con paziente COVID in data _____ (vedasi definizione riportata in calce)*
- Non essere attualmente affetto da COVID - 19 accertato
- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID (vedasi definizione riportata in calce)*
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ..);
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena e/o divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID - 19;
- Non essere rientrato in Italia, né avere avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta, Spagna, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca.

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- temperatura superiore a 37,5°C e brividi e/o dolori muscolari diffusi;
- tosse di recente comparsa;
- difficoltà respiratoria;
- perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- mal di gola;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.).

In caso variassero le condizioni di cui alla presente dichiarazione mi impegno a darne tempestiva comunicazione alla società Ama Rozzano SpA (mail: info@amarozzano.it – tel. 02 8926930)

Firma del dichiarante





Data e ora _____

***CONTATTO STRETTO**

(esposizione ad alto rischio) di un caso **PROBABILE** o **CONFERMATO** è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari (ATS, MMG, PDL) sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal *setting* in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.