**Modello di autocertificazione per l’ingresso dello studente sul luogo di tirocinio**

**Dichiarazione di stato di salute (a cura dello studente)**

Il/La sottoscritto/a ............................................................nato/a......................................... il...........................

codice fiscale........................................................, iscritto al ……… anno del corso di ………………………….………….

dovendo svolgere attività di tirocinio pre-laurea presso l’Azienda ....................................................................

sita in …………………………………

in ottemperanza alle disposizioni aziendali per la verifica del proprio stato di salute prima dell’ingresso in azienda, sulla base delle norme in materia di “Misure Urgenti di Contenimento e Gestione Dell’emergenza da COVID-19, consapevole delle pene previste per le false attestazioni sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

**di non essere in stato di positività al SARS-CoV-2 o posto in quarantena da parte dell’autorità sanitaria;**

di essere a conoscenza dell’obbligo di comunicare al datore di lavoro) il proprio stato, in presenza di febbre (temperatura corporea oltre 37,5 °C), informando altresì se si ha consapevolezza di aver avuto contatti nei 14 giorni precedenti con persone positive al virus; o in co-presenza di qualsiasi sintomo influenzale (tosse, rinorrea, anosmia ossia perdita dell’olfatto”, ageusia ossia “perdita del gusto”), anche incipiente.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle modalità operative predisposte dall’azienda che forniscono le indicazioni e le azioni da mettere in atto al fine di prevenire il rischio di infezione SARS-CoV-2 nel luogo di lavoro e che in breve vengono sotto riportate:

* lavare spesso le mani, in modo efficace, con acqua e sapone, o utilizzare il gel idroalcolico reso disponibile in vari punti dell’edificio;
* mantenere, nei contatti sociali, la distanza interpersonale di almeno due metri ed evitare qualsiasi forma di assembramento;
* evitare assolutamente i contatti interpersonali (baci, abbracci, strette di mano);
* non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani;
* coprirsi bocca e naso se si starnutisce o tossisce, evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
* evitare l’uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
* utilizzare obbligatoriamente, nella condivisione di spazi comuni, le mascherine chirurgiche
* arieggiare frequentemente i locali;
* rispettare le regole di accesso e permanenza nei luoghi di lavoro disposte dal Datore di Lavoro.

Luogo e data: Firma dello studente

Il/La sottoscritto/a Dr. ……………………………………………………………….

Titolare/Direttore della Farmacia ……..……………………………………………….. sita in ………………………………………….,

dichiara di accettare il/la sig./ra …………………………………………………………………………………….. in qualità di studente tirocinante, garantendo le condizioni di sicurezza previste dal protocollo emanato dalla FOFI, della cui conoscenza si dà atto.

(firma e timbro)