

Circolare n°1

Fornacette, li 24/10/2020

Oggetto:

- 1) **Disposizioni per il rientro da QUARANTENA/ISOLAMENTO FIDUCIARIO disposta da Dipartimento di prevenzione (casi ASINTOMATICI).**
- 2) **Disposizioni per il rientro in caso di assenza per sintomi influenzali o Isolamento volontario precauzionale (svolto in lavoro agile)**

- 1) Si indica, in merito al rientro da un periodo di “QUARANTENA/ISOLAMENTO” per i **casi di “CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO”**, di cui alla Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020, integralmente ripresi dall’Ordinanza del Presidente della Giunta – regione Toscana n. 92 del 15/10/2020, quanto di seguito riportato:

CONTATTI STRETTI ASINTOMATICI

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

- a) Un periodo di quarantena di 14 giorni dall’ultima esposizione al caso

Qualora il Medico di Medicina Generale non rilasci l’Attestazione di riammissione a Lavoro, perché non si è stati sottoposti ad alcun test/tampone (caso “ a “ – 14 gg di quarantena senza tampone), per la riammissione si dovrà produrre l’AUTODICHIARAZIONE (allegato 1).

In assenza di tale autodichiarazione, firmata in calce dall’interessato, NON SARA’ consentito IL RIENTRO.

oppure

- b) Un periodo di quarantena di 10 giorni dall’ultima esposizione CON un TEST antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno (autodichiarazione allegato 2)
- 2) Si indica che in caso **di assenza per sintomi “influenzali” o o Isolamento volontario precauzionale (svolto in lavoro agile)** qualora si ritenga di non presentare più sintomatologia, quindi assenza di: febbre, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell’olfatto, congestione nasale qualora il Medico di Medicina Generale non rilasci l’Attestazione di riammissione a Lavoro, perché non si è stati sottoposti ad alcun test/tampone, si richiede di effettuare in accordo con il Datore di Lavoro un tampone rapido dopodichè si dovrà produrre l’AUTODICHIARAZIONE (allegato 3)

Allegato 1

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE AMMISSIONE DOPO QUARANTENA di 14 GIORNI SENZA TAMPONE CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____)

Il ____/____/____ C.F. _____,

DICHIARO di essere stato/a

destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20 al ____/____/____,

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARO altresì:

- che sono state scrupolosamente rispettate le eventuali prescrizioni indicate dal Dipartimento della Prevenzione nel sopraccitato provvedimento;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19 * che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del Dipartimento di Prevenzione né dal Medico di Medicina Generale/Pediatra/Medico del Lavoro
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni, che precluderebbero il rientro:
 - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C
 - avere avuto contatti nei giorni interessati con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza
 - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS

_____, ____/____/2020

Firma

*febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale

Allegato 2

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE AMMISSIONE DOPO QUARANTENA di 10 GIORNI CON TAMPONE CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____)

Il ____/____/____ C.F. _____,

DICHIARO di essere stato/a

destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20 al ____/____/____,
consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARO altresì:

- che sono state scrupolosamente rispettate le eventuali prescrizioni indicate dal Dipartimento della Prevenzione nel sopracitato provvedimento;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al covid-19 * che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del Dipartimento di Prevenzione né dal Medico di Medicina Generale/Pediatra/Medico del Lavoro
- di essermi sottoposto a tampone in data ____/____/____ con esito NEGATIVO
- l'insussistenza, negli ultimi 10 giorni, delle seguenti condizioni, che precluderebbero il rientro:
 - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C
 - avere avuto contatti nei giorni interessati con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza
 - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS

_____, ____/2020

Firma

*febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale

Allegato 3

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE AMMISSIONE ASSENZA DA LAVORO IN ASSENZA DI CERTIFAZIONE MEDICA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____)

Il ____/____/____ C.F. _____,

DICHIARO di essere stato/a

assente da lavoro per sintomatologia “influenzale” e/o “simil-influenzale”, di non aver necessitato dell'intervento del Medico Curante, di non presentare più nessun sintomo ascrivibile al Covid-19*, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

DICHIARO altresì:

- di essermi sottoposto a tampone rapido in data ____/____/____ con esito NEGATIVO
- l'insussistenza, negli ultimi 3 giorni, delle seguenti condizioni, che precluderebbero il rientro:
 - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C
 - avere avuto contatti nei giorni interessati con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza
 - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS

_____, ____/2020

Firma

*febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale