****

**Rientro al lavoro: le indicazioni della Regione FVG per prevenire il contagio**

La Regione FVG ha emanato in data 14 aprile 2020 una serie di indicazioni per il rientro al lavoro nelle attività non sanitarie. Tali indicazioni riprendono quanto già indicato nel Protocollo Governo-Parti sociali del 14 marzo 2014 e sono così sintetizzabili:

|  |  |
| --- | --- |
| **MISURE AMBIENTALI** | Favorire il più possibile il ricambio d’aria dei locali |
| Pulire con regolarità i filtri dei sistemi aeraulici in caso di ventilazione meccanica |
| pulire e disinfettare gli ambienti di lavoro e le attrezzature in conformità a quanto previsto dal Protocollo 14 marzo 2020 |
| **MISURE ORGANIZZATIVE** | Garantire il rispetto della distanza interpersonale di almeno 1 m, diversamente fornire il personale di mascherine protettive  |
| Cercare di lavorare su turni limitando la probabilità di contatto tra le persone |
| Favorire ove possibile lo smart working |
| Rilevare la temperatura corporea all’ingresso dell’azienda secondo le modalità stabilite dal Protocollo 14 marzo 2020 (FACOLTATIVO) |
| Evitare che le persone malate entrino nei locali  |
| Informare i lavoratori sulle misure e sui comportamenti da adottare mediante idonea cartellonista (Allegato I DPCM 08/03/2020) |
| Costituire il Comitato Anti-Covid aziendale (datore di lavoro, RSPP, Medico Competente, RLS o RLST) |
| **UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE PERSONALE** | Utilizzare mascherine protettive se non è possibile garantire la distanza di almeno 1 metro. L’uso di mascherine è comunque consigliato all’interno dei luoghi chiusi anche in caso di rispetto della distanza interpersonale  |
| Utilizzare regolarmente i DPI di protezione delle vie respiratorie previsti dal DVR |
| Levarsi frequentemente le mani con acqua e sapone, in mancanza utilizzare gel alcolico |

Oltre a tali indicazioni, la Regione FVG prevede che al rientro il datore di lavoro:

1. Sottopone ai lavoratori che rientrano, facoltativamente, un questionario per attestare le proprie condizioni di salute e il rispetto delle misure di prevenzione. I lavoratori possono rifiutarsi di compilarlo. Tutti i questionari vanno trasmessi al Medico Competente che ne cura la custodia (**ALLEGATO 1**)
2. Comunica a tutti i lavoratori il comportamento da tenere da parte dei soggetti fragili (lavoratori con patologie croniche, immunodepressi, lavoratori di età superiore ai 65 anni) (**ALLEGATO 2**)
3. Costituisce un Comitato Anti-Codiv (insieme a RSPP, medico competente, RLS o RLST) allo scopo di verificare e aggiornare l’applicazione delle misure di prevenzione (**ALLEGATO 3**)
4. Comunica la costituzione del Comitato Anti-Codiv a tutti i lavoratori (**ALLEGATO 4**)

**ALLEGATO 1**

- Carta intestata -

**Allegato A) QUESTIONARIO DA UTILIZZARE PER IL RIENTRO AL LAVORO**

Io sottoscritto Nome ………………………………………. Cognome ……………………………………….. nato il …………..…

a …………………………………………… e residente in via ………………………………………….. a ……………………………..

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali)

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

* di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2
* per quanto di mia conoscenza, di non avere famigliari, conviventi o amici positivi al COVID-19
* di non avere febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19
* di rispettare le norme date sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani, disinfezione degli ambienti
* di aver compreso che non devo recarmi al lavoro in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi) ma contattare il medico curante e segnalarlo al medico competente aziendale.

In fede

Luogo e data …………….. firma leggibile

………………………………………

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Acconsento alla compilazione [ ] Non Acconsento [ ]

Data Firma

**ALLEGATO 2**

- Carta intestata -

**A tutti i lavoratori**

**Oggetto: Covid-19 - comunicazione per i soggetti a rischio**

Si ritiene utile informare i lavoratori portatori di patologie croniche (cardiovascolari, diabetiche, renali) e/o di patologie che possono alterare lo stato immunitario (patologie oncologiche recenti/in terapia o che assumono farmaci in grado di ridurre le difese immunitarie), della necessità di una scrupolosa osservanza delle norme e dei comportamenti igienico-sanitari raccomandati dalle Autorità Sanitarie Nazionali e Regionali ed ampiamente diffusi, nonché di **consultare il medico curante o lo specialista di riferimento per ricevere indicazioni circa l’opportunità di svolgere attività lavorativa**, ovvero di frequentare aree con una maggior concentrazione di persone.

In subordine, è possibile ricorrere all’istituto della **visita su richiesta al Medico Competente** per il tramite del proprio Datore di Lavoro.

Luogo, data Il Datore di Lavoro

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per ricevuta: i lavoratori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**

- carta intestata –

**OGGETTO: Costituzione Comitato di applicazione delle misura anti-contagio da Covid-19**

Premesso che il Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto tra il Governo e le Parti Sociali il 14 marzo 2020, prevede al punto 13 la costituzione di un Comitato per la verifica e l’applicazione delle misure individuate,

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ viene costituito in azienda tale Comitato. Ne fanno parte:

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSPP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RLS (o RLST) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compiti del Comitato sono la verifica dell’applicazione e l’aggiornamento delle misure anti-contagio da Covid-19.

Il Comitato resterà in carica per tutta la durata dell’emergenza.

Luogo, data

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSPP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RLS (o RLST) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4**

- carta intestata –

 **A tutto il Personale**

**OGGETTO: Comunicazione in merito alla costituzione del Comitato di applicazione delle misure anti-contagio da Covid-19**

Si comunica che in attuazione del punto 13 del Protocollo Condiviso del 14 marzo 2020 è costituito in azienda un Comitato per l’applicazione e la verifica delle procedure anti-contagio Covid-19 .

Tale Comitato è composto da:

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSPP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RLS (o RLST) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Comitato spettano la verifica dell’applicazione e l’aggiornamento delle misure anti-contagio da Covid-19. Il comitato è altresì destinatario di comunicazioni e richieste in merito a tali misure.

Luogo, data

 Il Datore di Lavoro

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_