



RICHIESTA DI TRASFERTA ALL'ESTERO

ESPERIMENTO:

RESPONSABILE LOCALE:

PERSONALE PARTECIPANTE:

.....

CON LA PRESENTE RICHIESTA, IL SOTTOSCRITTO, RESPONSABILE LOCALE DELL'ESPERIMENTO INDICATO,

DICHIARA:

▪ CHE IL LABORATORIO O IL SITO SPERIMENTALE DI DESTINAZIONE AUTORIZZA L'ACCESSO DEL PERSONALE IN MISSIONE

▪ DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE RESTRIZIONI ALL'INGRESSO IMPOSTE DAL PAESE DI DESTINAZIONE. *DESCRIVERE GLI OBBLIGHI DA OSSERVARE:*

.....

.....

.....;

▪ DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE PROCEDURE OPERATIVE MESSE IN ATTO PER RIDURRE LA DIFFUSIONE DEL COVID-19 NEL LABORATORIO/SITO DI DESTINAZIONE E DI AVERE INFORMATO DELLE STESSE I LAVORATORI INVIATI IN MISSIONE;

▪ DI ESSERE CERTO DELLA DISPONIBILITÀ DI UN ALLOGGIO IN CUI IL LAVORATORE IN MISSIONE POSSA TRASCORRERE ANCHE EVENTUALI PERIODI DI QUARANTENA O DI MALATTIA DA COVID-19, DISPONENDO DELLA NECESSARIA ASSISTENZA. *DESCRIVERE BREVEMENTE LA SOLUZIONE TROVATA:*

.....

.....

.....;

▪ DI AVER INFORMATO IL LAVORATORE CIRCA I RIFERIMENTI LOCALI DA CONTATTARE IN CASO SVILUPPI FEBBRE, SINTOMI INFLUENZALI O DI INFEZIONE RESPIRATORIA. *INDICARE I RIFERIMENTI DA CONTATTARE:*

.....

.....

.....;



- (SE APPLICABILE) DI AVER INDIVIDUATO IL LABORATORIO DOVE IL LAVORATORE, PRIMA DEL RIENTRO, DOVRÀ EFFETTUARE IL TEST MOLECOLARE O ANTIGENICO DA EFFETTURSI NELLE 48 ORE ANTECEDENTI ALL'INGRESSO IN ITALIA. *INDICARE IL LABORATORIO:*
.....;
- DI AVER INFORMATO IL LAVORATORE DEL FATTO CHE, IN CASO IL TEST RISULTASSE POSITIVO, NON POTRÀ RIENTRARE E DOVRÀ PROLUNGARE LA PROPRIA MISSIONE FINO A QUANDO NON POTRÀ ESIBIRE UN TEST CON RISULTATO NEGATIVO. TUTTE LE ULTERIORI SPESE NECESSARIE SARANNO A CARICO DELL'ESPERIMENTO;
- DI AVER INFORMATO IL LAVORATORE DEL FATTO CHE PER IL RIENTRO IN ITALIA DEVE COMPILARE IL FORMULARIO DIGITALE DI LOCALIZZAZIONE.
- DI AVER INFORMATO IL LAVORATORE CHE NON PUÒ PARTIRE IN PRESENZA DI FEBBRE (OLTRE 37.5°) O ALTRI SINTOMI INFLUENZALI E SE SUSSISTONO CONDIZIONI DI PERICOLO (PROVENIENZA DA ZONE A RISCHIO, CONTATTO CON PERSONE POSITIVE AL VIRUS NEI GIORNI PRECEDENTI, ECC.). IN QUESTO CASO DOVRÀ AVVISARE IL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA E/O L'AUTORITÀ SANITARIA OLTRE AL DIRETTORE;
- DI AVER INFORMATO IL LAVORATORE CHE PIÙ VOLTE, DURANTE IL TEMPO DI MISSIONE, POTRÀ ESSERE SOTTOPOSTO AL CONTROLLO DELLA TEMPERATURA CORPOREA.
- DI ESSERE CONSAPEVOLE E AVER INFORMATO IL LAVORATORE CHE LE NORME PER GLI SPOSTAMENTI INTERNAZIONALI CAMBIANO RAPIDAMENTE E POTREBBERO INTERVENIRE VARIAZIONI RISPETTO A QUANTO QUI INDICATO.

DATA:

FIRMA

FIRMA DEL PERSONALE INVIATO IN MISSIONE PER ACCETTAZIONE E PER ATTESTARE DI AVER RICEVUTO LE INFORMAZIONI INDICATE.

.....
(Nome e Cognome)

.....
(Firma)

.....
(Nome e Cognome)

.....
(Firma)

.....
(Nome e Cognome)

.....
(Firma)

.....
(Nome e Cognome)

.....
(Firma)