

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN DEROGA DPCM 23/02/2020 MISURA CONTENIMENTO CONTAGIO CORONAVIRUS

SOGGETTO RICHIEDENTE

.....
(NOME COGNOME o RAGIONE SOCIALE)

.....
(CODICE FISCALE O PARTITA IVA)

.....
(RESIDENZA)

.....
.....
(NUMERO DIPENDENTI e DATI ANAGRAFICI SALVO SPECIFICHE DEROGHE)

MOTIVAZIONE DEROGA *(specificare servizio espletato)*

.....
.....
.....
.....
Da autorizzare *(specificare se in ingresso/uscita o ingresso o uscita dall'area rossa)*

Il datore di lavoro si impegna a garantire la sorveglianza sanitaria per la verifica quotidiana dello stato di salute con riguardo ai sintomi e segni della COVID19 ai sensi dell'ordinanza del Min Salute d'intesa con il Presidente della Regione Lombardia del 21/02/2020 reperibile sul sito della Prefettura di Lodi.

IN FEDE

VISTO SI AUTORIZZA

VISTO SI NEGA
