

**Al Dipartimento Regionale della Protezione Civile  
della Regione Siciliana**

**Al Dipartimento di Prevenzione  
dell'A.S.P. Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_**

**LORO SEDI**

**Oggetto: dichiarazione di cui all'art. 2 del D.A. n. 351 del 24 aprile 2020 - resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. - in ordine all'elenco dei lavoratori dipendenti che fanno ingresso nel territorio della Regione Siciliana ai sensi dell'art. 11, co. 1 lett. e) dell'Ordinanza del Presidente della Regione Siciliana n. 17 del 18 aprile 2020.**

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante *pro-tempore* della Ditta \_\_\_\_\_, c.f./P. Iva \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_/sede operativa (se differente dalla sede legale) \_\_\_\_\_, tipologia \_\_\_\_\_ di attività \_\_\_\_\_, codice ATECO 2007 \_\_\_\_\_, essendo la suddetta attività lavorativa inclusa tra quelle di cui all'allegato 3 al D.P.C.M. del 10 aprile 2020;

letto il D.A. n. 351 del 24 aprile 2020, e in particolare l'art. 2;

**trasmette**

in allegato alla presente, l'elenco dei lavoratori dipendenti che faranno ingresso nel territorio della Regione Siciliana in data \_\_\_\_\_ per essere impiegati nelle attività lavorative autorizzate, con indicazione dell'area geografica di provenienza;

**dichiara**

di aver verificato per ciascun lavoratore, antecedentemente all'ingresso nel territorio regionale, con la collaborazione del Medico Competente aziendale, ove occorra mediante l'acquisizione di idonee certificazioni, quanto di seguito specificato:

a) eventuali circostanze di isolamento domiciliare tenuto nei 14-21 giorni antecedenti all'ingresso nel territorio regionale e relative motivazioni;

b) effettuazione di tamponi e/o di test sierologici nella Regione di provenienza e relativi esiti/motivazioni;

**dichiara infine**

che sarà acquisito il giudizio di idoneità lavorativa alla mansione specifica da parte del Medico Competente aziendale.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante/datore di lavoro  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_