**DICHIARAZIONE DEL TIROCINANTE**

**per la riattivazione/attivazione TIS in periodo di emergenza sanitaria COVID-19**

**PROGETTI DI**

**TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE**

**di cui alla DGR n. 593/2018**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di beneficiario di un Tirocinio di Inclusione al fine di poter riprendere/avviare il progetto di TIS promosso da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’ente ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

VISTO il piano territoriale della regione marche per la riattivazione dei TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) di cui alla DGR n. 593/2018

**DICHIARA**

1. Di aver letto e compreso e di impegnarsi ad applicare le misure igienico-sanitarie individuali di cui all’allegato 4 del DPCM 26/04/2020 e s.m.i. sia durante il periodo presso la sede dell’ente ospitante, sia durante il trasferimento da e verso la sede dell’ente ospitante;
2. Di aver letto e compreso e di impegnarsi ad applicare ed applicare le misure di cui agli allegati 5, 6, 7, 8 e 9 del DPCM 26/04/2020 e s.m.i (in relazione al contesto specifico del TIS);
3. Di impegnarsi a segnalare tempestivamente al tutor aziendale e al case manager/tutor del proponente circa l’eventuale insorgenza di sintomi COVID quali tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie;
4. Di essere consapevole dell’impossibilità di accedere alla sede del tirocinio in caso il sottoscritto e/o suoi conviventi presentino sintomi COVID o, nel caso in cui il sottoscritto e/o suoi conviventi abbiano avuto contatti con persone positive COVID.

**Inoltre, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)**

**DICHIARA**

1. di essere al momento della sottoscrizione[[1]](#footnote-1)

🞏 in buono stato di salute e di non essere stato dichiarato positivo al SARS-COV2 (*coronavirus*)

🞏 di essere in buono stato di salute a seguito dell’“avvenuta negativizzazione” del tampone, co me da certificazione medica, rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza in allegato

1. di non presentare al momento della sottoscrizione sintomi legati al SARS-COV-2, quali tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie
2. che i propri conviventi non presentano al momento della sottoscrizione sintomi legati al SARS-COV-2, quali tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del tirocinante o del tutore o dell’amministratore di sostegno

*NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.*

1. Barrare solo una delle seguenti caselle [↑](#footnote-ref-1)