

DESIGNAZIONE DEI LAVORATORI INCARICATI AD ATTUARE CONTROLLO DELLA CERTIFICAZIONE VERDE (GREEN PASS) PER AVERE ACCESSO AI LUOGHI DI LAVORO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente in _____
C.F. _____
in qualità di legale rappresentante dell'azienda _____

DELEGA

Il Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente in _____
C.F. _____ ad attuare controllo delle certificazioni verdi per avere accesso ai luoghi di lavoro ai sensi del Decreto Legge n. 127 del 21 Settembre 2021 e con le modalità indicate nel DPCM del 17 Giugno 2021 art. 13.

L'incaricato alla mansione sopra citata provvederà:

- alla verifica del possesso della certificazione mediante l'applicazione "VerificaC19" scaricata su dispositivo mobile o altra apparecchiatura idonea messa a disposizione dal datore di lavoro;
- verificare in alternativa la certificazione cartacea di esenzione dal Green pass;
- verificare - ove necessario e in condizioni di evidenti incongruenze - l'identità dell'utente richiedendo l'esibizione di documento di identità in corso di validità; (Circolare del Ministero dell'Interno 10 Agosto 2021)
- verificare la corrispondenza dei dati anagrafici del documento di identità con quelli visualizzati dall'App.

Non è autorizzato ad effettuare fotografie o copie in formato cartaceo e/o digitale delle certificazioni verdi e dei documenti conservando informazioni relative le attività di verifica. Il seguente incarico non dovrà essere delegato ad altri previa autorizzazione del datore di lavoro. Se messo a disposizione dal Datore di Lavoro, si può procedere ad un controllo delle temperature assicurandosi che queste non siano superiori a 37,5° prima di consentire l'ingresso. Nell'effettuare i controlli vanno applicate le procedure basilari del protocollo di anti-contagio quale il rispetto della distanza minima di un metro tre le persone oggetto di controllo e le altre in attesa.

Il soggetto incaricato dichiara di aver preso visione della Circolare del Ministero della Salute 28 giugno 2021 (Manuale d'uso per i verificatori VerifierApp "VerificaC19") e conferma la piena conoscenza circa i compiti, le funzioni e gli obblighi inerenti alla presente nomina qui accetta.

Luogo e Data _____

Firma del Datore di lavoro

Firma del lavoratore

