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

Gentile/Egregio

lavoratrice/lavoratore

*(Cognome e nome)*

*(Codice Fiscale)*

*(Matricola aziendale)*

**INCARICO AI SENSI DEL****L’ARTICOLO 9-*SEPTIES*, COMMA 5, D.L. 52/2021**

Attraverso la presente, Le comunichiamo, ai sensi dell'articolo 3, D.L. 127/2021, la Sua nomina a incaricato all’accertamento delle violazioni degli obblighi di accesso ai luoghi di lavoro esclusivamente se in possesso di certificazione verde COVID-19 (cosiddetto GREEN PASS).

La verifica dovrà essere effettuata mediante la sola *app* denominata “VerificaC19” e non potranno essere archiviate le informazioni inerenti alla certificazione verde.

Le ricordiamo che è tenuto al massimo riserbo in ordine alle informazioni di cui venisse a conoscenza nell'esercizio delle Sue funzioni.

Le ricordiamo che qualora dovesse riscontrare l’assenza di certificazione verde COVID-19 (cosiddetto GREEN PASS) in capo ad un lavoratore dipendente della nostra azienda, dovrà immediatamente comunicarlo al legale rappresentante e contestualmente invitare il soggetto privo di certificazione, ad attendere fuori della sede dell’impresa in attesa dell’arrivo degli incaricati alla notifica della sospensione a norma di legge.

Firma e timbro del datore di lavoro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data ed ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del lavoratore/lavoratrice per accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_