

**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

---