**INFORMACION PLAN ACTUACION COVID-19**

En **................................**, a **................** de **................** de **................**

EMPRESA: **...............................................................................................................................**

Dirección centro trabajo: **...................................................................................................**

CIF **................**

Trabajador: **...............................................................................................................................**

NIF **................**

Por la presente el TRABAJADOR MANIFIESTA que ha recibido INFORMACION SOBRE EL PLAN DE ACTUACION DE LA EMPRESA frente al COVID-19.

Que, se le ha informado de que los SINTOMAS del COVID-19 son:

- Fiebre

- Tos seca.

- Sensación de falta de aire.

Que, conoce que las MEDIDAS PREVENTIVAS A ADOPTAR son las siguientes:

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, o soluciones alcohólicas

- Al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz flexionando el codo.

- Evitar tocarse los ojos, la nariz y boca; ya que las manos facilitan la transmisión

- Uso de pañuelos desechables, y tirarlos tras su uso.

- Mantener una distancia de seguridad con otras personas de al menos 1 metro.

- No es necesario el uso de mascarillas.

**-** Otras **..................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

Que, las ACTUACIONES A REALIZAR EN CASO DE PADECER SÍNTOMAS son:

- Quedarse en su casa.

- Avisar, por medios telemáticos, al encargado de la empresa responsable del COVID-19.

- Llamar al teléfono habilitado en la Comunidad Autónoma; en caso de duda llamar al 012.

- Deberá obtener los correspondientes partes de baja por Incapacidad Temporal, debiendo ponerse en contacto telefónico con su médico de cabecera\*.

*\* Le recordamos que conforme la última instrucción recibida de la Seguridad Social, el parte de baja y los de confirmación podrán ser emitidos sin la presencia física de la persona trabajadora, siempre que exista indicación de la autoridad en caso de aislamiento y constatación de la enfermedad por los medios disponibles en el Servicio de Salud (Historias clínicas); así mismo cuando se tenga conocimiento del periodo de aislamiento/contagio o de enfermedad con posterioridad al inicio del mismo, se emitirán los partes con carácter retroactivo.*

Que, el trabajador MANIFIESTA que es conocedor de la existencia de riesgos sanitarios; ya que la empresa NO puede garantizar la imposiblidad de contagio; por lo que el trabajador asume el citado riesgo.

Y para que conste, firma la presente en el lugar y fecha establecidos en el encabezamiento.

FIRMA DEL TRABAJADOR