

NOME E INDIRIZZO DELL'AZIENDA

DESIGNAZIONE DELL'INCARICATO PER IL CONTROLLO DELLE CERTIFICAZIONI VERDI COVID 19 IN AZIENDA

Il sottoscritto, **(nome e cognome del titolare)**, in qualità di **titolare /legale rappresentante** della ditta **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** con sede legale in **(INDIRIZZO)**

DESIGNA E DELEGA

Il sig. **NOME E COGNOME**, nato il **data di nascita** a **luogo di nascita**, a partire dal giorno 15/10/2021,

ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI:

- verifica delle Certificazioni Verdi (*Green Pass*) per l'accesso al luogo di lavoro ai sensi del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, con le modalità indicati nel DPCM 17 giugno 2021, con riferimento all'art. 13, comma 1;
- controllo del documento di identità dell'intestatario della Certificazione Verde ai sensi del DPCM 17 giugno 2021, con riferimento all'art. 13, comma 4, ove necessario.

IL SOGGETTO DESIGNATO EFFETTUERA' LE SEGUENTI OPERAZIONI:

- verifica del possesso della certificazione mediante l'applicazione "VerificaC19" scaricata su dispositivo mobile o altra apparecchiatura idonea messe a disposizione dal datore di lavoro;
- verifica, in alternativa, della certificazione cartacea di esenzione dal *Green Pass*;
- verifica - eventuale - dell'identità dell'utente richiedendo l'esibizione di documento di identità in corso di validità;
- verifica della corrispondenza dei dati anagrafici del documento di identità con quelli visualizzati dall'app.

L'incaricato al controllo non deve procedere a verificare dati diversi dalla identificazione dei soggetti privi di certificazione valida nel rispetto del GDPR sulla Privacy – Regolamento UE 2016/679.

Per lo svolgimento di tale attività non sono previste indennità né maggiorazioni sulla retribuzione.

Nello svolgimento dell'incarico lei dovrà far riferimento **alla informativa allegata alla presente** ed alla procedura per **l'organizzazione delle verifiche del possesso del *Green Pass*, presente in azienda su cui è stata informata e formata e di cui riceve copia.**

Luogo e data del documento

Il Datore di lavoro

(XXXXXXXXXX)

Firma del soggetto incaricato *per accettazione*