

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in ragione dell'accesso all'ISSR per accesso alla segreteria/biblioteca/ ricevimento studenti con il Prof. \_\_\_\_\_ / svolgimento dell'esame di profitto di \_\_\_\_\_ nel giorno \_\_\_\_\_, utilizzando mascherina chirurgica, adottando comportamenti corretti dell'igiene delle mani per contrastare la diffusione del COVID-19 in ottemperanza alle disposizioni aziendali e regionali.

#### DICHIARA

- a) di avere letto e compreso l'informativa relativa ai trattamenti di dati relativi ad attività per il contrasto del Covid-19;
- b) di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;
- c) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'Autorità Sanitaria competente.

#### PERTANTO RIFERISCE

di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio (Sardegna etc...);  
per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;  
di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di aver provveduto a rilevare autonomamente la propria temperatura corporea, con esito inferiore a 37,5°C e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti;

*Si precisa infine che non sarà consentito l'accesso nel caso in cui venga rilevata una temperatura superiore al predetto e comunque non potrà accedere in struttura in mancanza del presente modulo compilato e firmato.*

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_