

DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE UNIVERSITARIE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il ____ / ____ / ____

a _____ (____) CF _____

residente in _____ (____) via _____ nr. _____

in qualità di

- studente/laureando di questo Ateneo matricola nr. _____
- accompagnatore dello studente/laureando _____

DICHIARA

1. di accedere al dipartimento SPGI presso la sede di _____

in data ____ / ____ / ____ per il seguente motivo _____

_____ ;

2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni penali, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;

3. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad es. febbre superiore a 37,5°, informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria;

4. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi universitari è precluso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;

5. di essere a conoscenza dell'obbligo di dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'accesso agli spazi universitari, sussistano condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali quali febbre superiore a 37,5°, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;

6. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi universitari di lavoratori già risultati positivi all'infezione da COVID-19 deve essere preceduto da preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti di essersi sottoposto al tampone e di aver avuto esito negativo, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;

7. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel protocollo contrasto e contenimento virus SARS-CoV-2 di Ateneo e dei suoi seguenti allegati presenti al Link <https://www.unipd.it/circolari-coronavirus>.

Si allega copia di un documento di riconoscimento con foto.

Data _____

Firma _____