**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE PER I FREQUENTATORI E GLI OSPITI DELLE STRUTTURE DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA**

***(AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_),

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_),

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

a) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;

b) di non aver avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o altra sintomatologia respiratoria o altro sintomo da COVID-19, anche nei 3 giorni precedenti;

c) di non essere in quarantena o isolamento domiciliare;

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assume infine l’impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso della permanenza in Ateneo, di tenersi a distanza dalle altre persone presenti, di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico, mettendosi a disposizione per eventuali indagini epidemiologiche da parte dell’ATS territorialmente competente, nel corso delle quali dovrà dichiarare l’accesso ai locali dell’Università e le motivazioni.

La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato dall’Università degli Studi di Milano Bicocca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, per un periodo di 15 giorni e comunque non oltre il termine dello stato di emergenza sanitaria.