



Università
Ca' Foscari
Venezia

MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Indirizzo e-mail di reperibilità _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

- Di aver preso visione del "Protocollo di gestione rischio Covid-19 e piano di mitigazione contagio sul luogo di lavoro" e successivo Decreto del Rettore prot. n. 39966 del 31/07/2020 disponibili alla pagina <https://www.unive.it/pag/40185/> del sito di Ateneo.
- Di essere a conoscenza dell'obbligo, prima di accedere ad una sede di Ateneo, di effettuare un controllo della temperatura corporea e di valutare il proprio stato complessivo di salute e di impegnarsi a rispettare questa previsione: la temperatura corporea dovrà risultare inferiore a 37,5°C e lo stato complessivo di salute tale da non evidenziare sintomi influenzali (tosse e/o mal di gola e/o raffreddore).
- Di non essere soggetto a provvedimento di quarantena o isolamento fiduciario.
- Di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni e di non essere coinvolto in altre situazioni in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio.
- Di essere a conoscenza che l'accesso alle sedi di Ateneo di persone già risultate positive all'infezione da COVID-19, per le quali è stato necessario un ricovero ospedaliero, è possibile previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione

Lo scrivente, inoltre, qualora dovesse manifestarsi in futuro qualsivoglia sintomo da infezione respiratoria (tosse e/o mal di gola e/o raffreddore) e/o febbre (superiore a 37,5°C), si impegna ed obbliga a comunicarlo IMMEDIATAMENTE al competente Ufficio, così come si impegna ed obbliga a comunicare IMMEDIATAMENTE allo stesso Ufficio qualunque variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

In fede,

Luogo e Data _____

Firma _____



Università
Ca' Foscari
Venezia

**ALLEGATO 2 - DICHIARAZIONE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO DA
COVID-19**

Io sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il ____/____/____,

DICHIARO

che nei 14 (quattordici) giorni precedenti la sottoscrizione della presente:

- 1) non sono stata/o affetta/o da COVID-19 **ovvero** sono stata/o affetta/o da COVID-19 e di essere stata/o dichiarata/o guarita/o in data ____/____/____ come da certificazione sanitaria che si allega;
- 2) non sono stata/o **ovvero** sono stata/o in contatto con persone affette da COVID-19;
- 3) non sono stata/o **ovvero** sono stata/o in località dichiarate "a rischio" con provvedimenti della PA.

Luogo e Data _____

Firma _____