

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

**MODULO COVID-19 ACCESSO STRUTTURE PERSONALE ESTERNO**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Tel. / Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Collaboratore di questo Ateneo con possibilità di sede lavorativa presso la

struttura \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_;

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Negli ultimi giorni ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone?

SI  NO

Negli ultimi giorni ha avuto contatti stretti con una persona affetta da coronavirus?

SI  NO

Dichiara inoltre 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.

Documento \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**CONTATTI REFERENTE COVID DI ATENEO: Dott.ssa Ariu Federica, TEL. 079213600, MAIL: referentecovid@uniss.it**