

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____

Nome _____

Email _____

Matricola _____

Si impegna a NON accedere negli spazi dell'Ateneo nel caso in cui:

— presenti febbre (oltre 37,5°C) o altri sintomi d'infezione respiratoria acuta simil-influenzali o altri sintomi compatibili con COVID-19

oppure

— abbia presentato quadri clinici come sopra descritti negli ultimi 14 giorni o, in alternativa, non abbia strettamente seguito tutte le indicazioni e prescrizioni fornite dal proprio Medico di Medicina Generale o dalla ASL territorialmente competente

oppure

— sia sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario

oppure

— abbia avuto, per quanto di conoscenza, contatti con casi di COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Dichiara inoltre di:

aver preso visione e compreso i contenuti dell'informativa relativa alle misure per contrastare e contenere la diffusione del virus SARS-CoV-2, pubblicata al seguente indirizzo: <https://intranet.unige.it/sicurezza/informazioni-e-precauzioni-merito-all-infezione-da-coronavirus-sars-cov-2-e-alla-malattia>

aver preso visione dell'informativa privacy, pubblicata al seguente indirizzo <https://intranet.unige.it/sicurezza/informazioni-e-precauzioni-merito-all-infezione-da-coronavirus-sars-cov-2-e-alla-malattia>

Data

Firma