

ALLEGATO 1

ATTESTAZIONE STATO DI SALUTE IN RELAZIONE ALLA PANDEMIA COVID-19  
 [da compilare a cura dello/a studente/ssa o della persona da lui/lei delegata;  
 domande riferite al dichiarante negli ultimi 30 giorni]

*In considerazione del fatto che, a fronte dell'attuale emergenza sanitaria, i nostri Collegi/Residenze universitarie sono gestiti come "comunità chiuse" e che pertanto l'ingresso e l'inserimento di soggetti esterni può diventare potenziale fattore di rischio per la diffusione del contagio, chiediamo di compilare il presente modulo e di confermare, al momento dell'accesso alla struttura, le informazioni fornite. Tale attestazione è di fondamentale importanza per approntare le giuste precauzioni a tutela della sua salute e di tutte le altre persone con cui verrà in contatto all'interno della struttura.*

**Attestazione compilata al fine di richiedere l'autorizzazione al:**

- primo rientro in struttura     rientro dopo assenza breve     ritiro degli effetti personali     ritiro degli effetti personali su delega dello/a studente/ssa

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome).....

.....

(C.F.) ..... (matricola n.) .....

(documento d'identità).....

.....

- consapevole delle conseguenze legali previste in caso di dichiarazioni mendaci;
- essendo a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Coronavirus vigenti alla data odierna, stabilite dalle disposizioni attualmente in vigore, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE

1	Ho/ho avuto sintomi sospetti per infezione COVID-19 (es. sintomi influenzali, difficoltà respiratorie o temperatura corporea superiore a 37,5 gradi)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare sintomi e durata		
2	Ho/ho avuto familiari con sintomi sospetti per COVID-19	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare sintomi e durata		

3	Convivo con soggetti con sintomi sospetti per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare sintomi e durata		
4	Ho/ho avuto familiari in quarantena obbligatoria per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare quando		
5	Convivo con soggetto posto in quarantena obbligatoria	SI	NO
	se SI specificare quando		
6	Ho/ho avuto familiari ricoverati per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare dove e per quanto tempo		
7	Convivo con soggetti ricoverati per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare dove e per quanto tempo		
8	Ho familiari deceduti per COVID-19 (sospetti o accertati)	SI	NO
	se SI specificare quando		
9	Sono stato sottoposto a test per COVID-19 (tampone o sierologico)	SI	NO
	se SI specificare quale test, quando, con quale risultato		
10	Ho familiari sottoposti a test per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare quale test, quando, con quale risultato		
11	Convivo con soggetto sottoposto a test per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare quale test, quando, con quale risultato		

*[informazioni facoltative **solo** nel caso di rientro dopo assenza breve]*

12	Sono risultato positivo al COVID-19	SI	NO
	se SI specificare la data		
13	Ho/ho avuto familiari positivi per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare la data		
14	Convivo con soggetti positivi per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare la data		
15	Sono stato posto in quarantena obbligatoria per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare quando		

16	Sono stato ricoverato/a per COVID-19	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare dove e per quanto tempo		
17	Ho convissuto con soggetti deceduti per COVID-19	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare quando		
18	Sono affetto da patologie croniche o da multimorbosità ovvero presento stati di immunodepressione congenita o acquisita	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare, es. autoimmuni, oncologiche, altro		
19	Ho fatto ingresso in Italia, a partire dal quattordicesimo giorno antecedente la data odierna, dopo aver soggiornato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

Il presente documento è stato istituito per prevenire la diffusione del Coronavirus e contenere il rischio di contagio; come misura di prevenzione acconsente a fornire determinate informazioni sulla sua salute ed al trattamento dei dati personali inclusi quelli sanitari. Titolare del trattamento dei dati è [indicare il titolare].

I suoi dati non saranno in alcun caso trasferiti a terze parti, ma saranno utilizzati esclusivamente a fini preventivi; gli stessi saranno archiviati in loco e distrutti alla fine della situazione di emergenza. Può esercitare i tuoi diritti sul trattamento dei dati personali come indicato all'interno dell'informativa privacy presente sul sito web di [indicare il titolare].

Luogo e data .....

Firma dello studente

.....