



**DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO
ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE SAN PIETRO MARTIRE - VERONA**

La/il sottoscritta/o _____ cell./tel. _____

residente in _____ (_____) via _____ nr.

- studente dell'ISSR
 docente dell'ISSR
 visitatore o altro (specificare) _____

dichiara:

1. di accedere agli spazi dell'ISSR in data ___/___/_____;
2. 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;
3. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad es. febbre superiore a 37,5°, informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria;
4. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi dell'ISSR è precluso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
5. di essere a conoscenza dell'obbligo di dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'accesso agli spazi dell'ISSR, sussistano condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali quali febbre superiore a 37,5°, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
6. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi dell'ISSR di utenti/personale già risultati positivi all'infezione da COVID-19 deve essere preceduto da preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti di essersi sottoposto al tampone e di aver avuto esito negativo, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
7. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel regolamento "COVID-19: comportamenti per prevenire il contagio SARS-CoV-2" pubblicato sul sito.

Per i soggetti esterni o altro: si allega copia di un documento di riconoscimento o badge aziendale con foto.

Verona, ___/___/_____

Autorizzo il trattamento dei presenti dati personali ai fini della tutela della salute e ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy.

Firma leggibile _____