

**ATTESTAZIONE SULLO STATO DI SALUTE  
IN RELAZIONE ALLA PANDEMIA COVID-19**

[da compilare a cura dello studente]

*In considerazione del fatto che, a fronte della emergenza sanitaria tuttora in corso, il nostro Collegio universitario è gestito come “comunità chiusa” e che pertanto l’ingresso e l’inserimento di soggetti esterni può diventare potenziale fattore di rischio per la diffusione del contagio, per poter ricevere la conferma dell’ammissione “con riserva” è strettamente necessario compilare e consegnare questa attestazione alla Direzione entro le 48 ore successive all’ingresso in struttura. La verifica delle informazioni fornite 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 in occasione di:**

primo ingresso in struttura

rientro dopo assenza breve

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;

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE:**

*[domande riferite al dichiarante negli ultimi 15 giorni; barrare le caselle interessate]*

1	Ho/ho avuto almeno uno dei sintomi sospetti per infezione COVID-19 (tosse, secrezioni nasali, difficoltà respiratorie, temperatura corporea superiore a 37,5 gradi, congiuntivite, diarrea, eruzioni cutanee, perdita del gusto, perdita dell’olfatto, altro)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare sintomi, data di insorgenza e durata, eventuali terapie, esito		
2	Sono stato sottoposto a test per COVID-19 (tampone o sierologico)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare quale test, quando, con quale risultato		
3	Sono stato posto in quarantena obbligatoria per COVID-19	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare quando		
4	Sono stato ricoverato/a per COVID-19	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se SI specificare dove e per quanto tempo		

5	Ho soggiornato in una delle località attualmente segnalate per elevata prevalenza di infezione COVID-19 (es. Grecia, Spagna, Malta, Croazia)	SI	NO
	se SI specificare località, periodo di permanenza, data del rientro al domicilio/residenza		
6	Ho visitato/transitato Stati esteri differenti da quelli elencati alla domanda precedente	SI	NO
	se SI specificare Stato estero, periodo di permanenza, data del rientro in Italia		
7	Ho/ho avuto familiari con sintomi sospetti per infezione COVID-19 (vedi domanda 1)	SI	NO
	se SI specificare sintomi e durata		
8	Ho/ho avuto familiari sottoposti a test per COVID-19 (tampone o sierologico)	SI	NO
	se SI specificare quale test, quando, con quale risultato		
9	Ho/ho avuto familiari in quarantena obbligatoria per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare quando		
10	Ho/ho avuto familiari ricoverati per COVID-19	SI	NO
	se SI specificare dove e per quanto tempo		
11	Ho avuto contatti (convivenza, contatto a distanza < 2 mt. per tempo superiore a 10 min.) con soggetti con almeno uno dei sintomi elencati alla domanda 1 o riconosciuti positivi al COVID-19	SI	NO
	se SI specificare data e tipo di contatto		

**In caso di una o più risposte affermative, descrivere le motivazioni di tali risposte:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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 la Congregazione delle Suore di Carità delle Sante B. Capitanio e V. Gerosa. 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 suoi diritti sul trattamento dei dati personali come indicato all'interno dell'informativa privacy disponibile presso la Residenza.

Luogo e data.....

Firma dello studente

.....