

Nome e Cognome: _____

(solo per esterni) Azienda/Ente: _____

(solo per esterni) Telefono e-mail: _____

consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 rilasciata dalla Fondazione Bologna University Business School (BBS);
- ☐ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 attualmente in vigore, nonché delle sanzioni civili e penali applicabili in caso di violazione delle stesse;
- ☐ di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (es. febbre superiore a 37,5°, difficoltà respiratorie, tosse secca, mal di gola), informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria, e di aver effettuato un'autovalutazione in proposito prima dell'accesso agli spazi universitari/ai locali BBS;
- ☐ di essere a conoscenza dell'obbligo di dichiarare tempestivamente l'insorgenza, successivamente all'accesso agli spazi universitari/locali BBS, di condizioni di potenziale pericolo (es. sintomi influenzali quali febbre superiore a 37,5°, contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti);
- ☐ di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi universitari/ai locali BBS è precluso a chi sia attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
- ☐ di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti che provenivano da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- ☐ di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti che sono risultati positivi al COVID-19;
- ☐ solo per i dipendenti. Dichiara di essere a conoscenza che l'essere risultato positivo all'infezione COVID-19 va comunicato al medico competente ai sensi degli Art. 2 e 12 del Protocollo condiviso del 24 aprile 2020. (l'accesso è consentito solo previa comunicazione avente ad oggetto la consegna di certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza)

Data:

Firma:
