

**AVVERTENZE IN ORDINE ALL'INGRESSO/RIENTRO NELLE RESIDENZE UNIVERSITARIE
DELL'ADISU PUGLIA**

Si informa che, secondo la vigente normativa regionale e statale in relazione allo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, **è fatto assoluto divieto di accedere** alle Residenze Universitarie a chi presenti una temperatura corporea superiore a 37,5° C o sia affetto da COVID-19 o abbia avuto contatti con persona positiva al COVID-19 o sia sottoposto a quarantena o isolamento per COVID-19.

Al fine di poter accedere alle Residenze Universitarie, **il diretto interessato, all'atto di fare ingresso alla struttura, dovrà presentare la dichiarazione sostitutiva, ex art. 46 e 47 DPR n. 445/2000**, qui di seguito riportata, relativa alla propria situazione sanitaria che sarà oggetto di valutazione preventivamente alla autorizzazione, necessaria per l'accesso.

Il diretto interessato sarà inoltre tenuto a comunicare tempestivamente, con la medesima modalità, ogni eventuale modifica e/o nuova condizione intervenuta rispetto ai dati dichiarati.

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000
per all'accesso/rientro nelle Residenze Universitarie dell'ADISU Puglia**

Il/la sottoscritto/a, nato/a a
..... il residente in
alla via C.F.,
cell., email
pec iscritto/a al anno del corso di laurea in
..... dell'Università degli Studi
di

chiede

di poter accedere alla Residenza Universitaria “.....” sita in

- primo ingresso
- in via continuativa per ripresa delle attività
- in via temporanea per il ritiro degli effetti personali

A tal fine, essendo a conoscenza della vigente normativa in relazione allo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 nonché del Protocollo di “Gestione del rischio di contagio da COVID-19 nelle Residenze Universitarie dell'ADISU Puglia”, di cui ha preso visione ed accetta incondizionatamente senza riserva alcuna.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto di seguito riportato
(consapevole delle sanzioni per dichiarazioni mendaci)

- È risultato positivo al COVID-19



se SI' specificare la data della diagnosi e della avvenuta negatizzazione del tampone da attestare preventivamente con apposita certificazione medica

• Ha avuto contatti con persona positiva al COVID-19 SI NO

se SI' specificare la data

• È stato posto in quarantena per COVID-19 SI NO

se SI' specificare quando

• È stato sottoposto a isolamento per COVID-19 SI NO

se SI' specificare quando

• È stato sottoposto a sorveglianza sanitaria per COVID-19 SI NO

se SI' specificare quando

• È stato sottoposto a test per COVID-19 SI NO

se SI' specificare il tipo di test la data di esecuzione
il risultato

CONDIZIONI RIFERITE AGLI ULTIMI 15 GIORNI

• Ha fatto ingresso in Italia dopo aver soggiornato o transitato in zone a rischio epidemiologico come identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o a seguito di spostamento perché appartenente a Paesi per i quali la normativa italiana prevede restrizioni all'ingresso nel territorio nazionale SI NO

se SI' indicare quale/i Paese/i
e se

• È consapevole delle misure precauzionali poste a suo carico, da osservare prima di accedere alla Residenza Universitaria per limitare il rischio di contagio da COVID-19, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti per fare ingresso in Italia (es. comunicazioni alle Autorità Sanitarie, Dipartimento di Prevenzione e /o altre Istituzioni competenti, esecuzione tampone, quarantena, isolamento fiduciario, sorveglianza sanitaria) SI NO

• Ha avuto sintomi sospetti per COVID-19 SI NO

- Temperatura corporea > 37,5° C
- Sintomi influenzali
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Ostruzione nasale
- Stanchezza/dolori muscolari
- Diarrea



- Vomito
- Congiuntivite
- Alterazione dei sapori e degli odori

CONDIZIONI RIFERITE A PERSONE CONVIVENTI/FAMIGLIARI/CONGIUNTI

- Se una di queste persone è risultata positiva al COVID-19 SI NO
se SI' specificare la data della diagnosi e della avvenuta negatizzazione del tampone da attestare preventivamente con apposita certificazione medica
- Se una di queste persone è stata sottoposta a quarantena per COVID-19 SI NO
se SI' specificare quando
- Se una di queste persone è stata sottoposta a isolamento per COVID-19 SI NO
se SI' specificare quando
- Se una di queste persone è stata sottoposta a sorveglianza sanitaria per COVID-19 SI NO
se SI' specificare quando
- Se una di queste persone ha avuto negli ultimi 15 giorni sintomi sospetti per COVID-19 SI NO
 - Temperatura corporea > 37,5° C
 - Sintomi influenzali
 - Tosse
 - Difficoltà respiratoria
 - Ostruzione nasale
 - Stanchezza/dolori muscolari
 - Diarrea
 - Vomito
 - Congiuntivite
 - Alterazione dei sapori e degli odori

DICHIARA

- di essere informato che i dati personali e quelli sanitari sulla salute sopra riportati, nonché la rilevazione della temperatura corporea e sua registrazione se superiore a 37,5° C, sono prescritti dalla normativa vigente per la finalità di prevenire e contenere il contagio da COVID-19;
- di acconsentire al trattamento dei dati forniti che dovrà avvenire nel rispetto del Regolamento Europeo GDPR 2016/679, in materia di protezione dei dati personali;



- di impegnarsi a rinnovare tempestivamente la presente dichiarazione qualora intervengano condizioni nuove e/o eventuali variazioni dei dati innanzi forniti.

In fede.

Luogo e data

.....

Dichiarante

Firma

Si autorizza.

Luogo e data

.....

Dirigente ADISU Puglia/Direttore di Residenza

Firma

Non si autorizza per le seguenti motivazioni:

.....

.....

Luogo e data

.....

Dirigente ADISU Puglia/Direttore di Residenza

Firma