

MODULO COVID-19 ACCESSO STRUTTURE PERSONALE ESTERNO

La/il sottoscritta/o _____

nata/o il ___ / ___ / ___ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) via _____ nr. _____

domiciliato a _____ (_____) via _____ nr. _____

Tel. / Cell. _____ mail _____

Collaboratore di questo Ateneo con possibilità di sede lavorativa presso la
struttura _____ in via _____;

Altro (specificare) _____

Negli ultimi giorni ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa
dell'esito del tampone?

SI NO

Negli ultimi giorni ha avuto contatti stretti con una persona affetta da coronavirus?

SI NO

Dichiara inoltre 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.

Documento _____ Codice Fiscale: _____

DATA COMPILAZIONE _____

**CONTATTI REFERENTE COVID DI ATENEO: Dott.ssa Ariu Federica, TEL. 079213600,
MAIL: referentecovid@uniss.it**