



**AUTODICHIARAZIONE IN ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO UNIVPM PER L'APPLICAZIONE DEL
DPCM 26 APRILE 2020 (Artt. 46 e 47 DPR n.445/2000)**

Il/La sottoscritto/a, _____

qualifica _____

Struttura (Dipartimento/Presidenza/Centro/Divisione) _____

Azienda/Ente (solo per esterni): _____

Telefono e mail (solo per esterni): _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA E DI ACCETTARE LE NORME CONTENUTE
NEL PROTOCOLLO UNIVPM PER L'APPLICAZIONE DEL DPCM 26 APRILE 2020
E PERTANTO**

- SI OBBLIGA** a rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'Autorità sanitaria;
- SI OBBLIGA** a non fare ingresso o a permanere nelle sedi universitarie e a doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS o contatto con soggetti risultati positivi al SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti, etc) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- SI OBBLIGA** a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e di UNIVPM nel fare accesso nelle sedi universitarie (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1mt, indossare correttamente i DPI negli spazi universitari, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
- SI IMPEGNA** ad informare responsabilmente e tempestivamente il Responsabile della Struttura della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa o di altra prestazione connessa alla presenza nei locali UNIVPM, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti, affinché attraverso il Servizio competente si ponga in essere la procedura prescritta dal protocollo in caso di presenza di sintomi da infezione respiratoria;
- SI OBBLIGA**, per i lavoratori universitari già risultati positivi al SARS-CoV-2, di inviare al Medico Competente la certificazione medica da cui risulti l'avvenuta *negativizzazione* del tampone per essere sottoposto a sorveglianza sanitaria precedente alla ripresa del lavoro e quindi dell'ingresso in UNIVPM.

Sono consapevole che il rispetto di queste regole costituisce una precisa responsabilità individuale e sociale e che tutti sono pertanto chiamati ad applicare con rigore le indicazioni formulate, a protezione di se stessi e della comunità. Tali disposizioni, per il personale dipendente, integrano il codice di comportamento.

Data _____
(FIRMA)

Dichiara altresì di aver preso visione Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") del 27 aprile 2016 per il trattamento dei dati per emergenza sanitaria COVID-19, ai sensi del D.L. n. 6 del 23 febbraio 2020 e del DPCM 26 aprile 2020, pubblicata sul sito web dell'Università Politecnica delle Marche alla voce "Privacy"

Data _____
(FIRMA)

N.B. Si allega fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.