



Att.ne  
Direttore Generale  
Dirigente Area Risorse Umane e Finanziarie  
Responsabile Ufficio Prevenzione e Protezione

**Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, cittadino \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, consapevole delle pene previste per le false attestazioni sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alla disposizioni fornite al sottoscritto dal datore di lavoro per la verifica del proprio stato di salute prima dell'ingresso nei locali dell'Università degli studi dell'Insubria redatti sulla base delle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento E Gestione Dell'emergenza Da Covid-19 (Coronavirus)"

**DICHIARA**

- Di non aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi al test. COVID-19 o sottoposti a quarantena.-----
- Di aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi al test. COVID-19 o sottoposti a quarantena da più di quattordici giorni
- di non aver avuto sintomatologie influenzali simili (SARS-CoV-2)
- di aver avuto sintomatologie influenzali simili (SARS-CoV-2) a partire dal giorno..... fino al giorno.....
- di aver accertato l'infezione da COVID-19 e di aver effettuato i due tamponi a distanza di 24 ore risultati entrambi negativi
- Di essere stato ricoverato per SARS-CoV-2 dal.....al.....presso.....

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi sul luogo di lavoro pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento E Gestione Dell'emergenza Da Covid-19 (Coronavirus)"

-----

- Autorizzazione al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Luogo/data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante in forma estesa \_\_\_\_\_