**Allegato 2**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Docente, Ricercatore, Assegnista, Borsista, Dottorando presso il Dipartimento di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Personale del seguente Ente convenzionato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dovendo accedere, per attività di ricerca, al seguente Laboratorio (o altra struttura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui responsabile è il/la Prof./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

**dichiara sotto la propria responsabilità**

*ai sensi della vigente normativa regionale e statale riguardo all’epidemia Covid-19,*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domande riferite al dichiarante negli ultimi 15 giorni** |  |  |
| **Condizioni che singolarmente precludono l’ingresso in Ateneo** | **Sì** | **No** |
| Ha o ha avuto temperatura corporea ≥ 37.5°C |  |  |
| Ha avuto contatti con persone COVID-19 positive |  |  |
| **Combinazioni di almeno 3 sintomi, in assenza dei primi due, che precludono l’ingresso in Ateneo** |  |  |
| Ha o ha avuto mal di gola |  |  |
| Presenta o ha presentato tosse e/o difficoltà respiratoria |  |  |
| Presenta o ha presentato ostruzione nasale |  |  |
| Presenta o ha presentato stanchezza/dolori muscolari |  |  |
| Presenta o ha presentato diarrea e/o vomito |  |  |
| Presenta o ha presentato alterazione dei sapori e degli odori |  |  |
| **Domande riferite ai conviventi, negli ultimi 15 giorni** |  |  |
| **Condizioni che singolarmente precludono l’ingresso in Ateneo** | **Sì** | **No** |
| Hanno o hanno avuto temperatura corporea ≥ 37.5°C |  |  |
| Hanno avuto contatti con persone COVID-19 positive |  |  |
| **Combinazioni di almeno 3 sintomi in assenza dei primi due, che precludono l’ingresso in Ateneo** |  |  |
| Hanno o hanno avuto mal di gola |  |  |
| Presentano o hanno presentato tosse e/o difficoltà respiratoria |  |  |
| Presentano o hanno presentato ostruzione nasale |  |  |
| Presentano o hanno presentato stanchezza/dolori muscolari |  |  |
| Presentano o hanno presentato diarrea e/o vomito |  |  |
| Presentano o hanno presentato alterazione dei sapori e degli odori |  |  |

* di essere informato che i dati personali sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini dell’attività per il quale la presente dichiarazione viene fornita
* di impegnarsi a rinnovare tempestivamente la presente dichiarazione a seguito di variazione dei dati sopra comunicati

In fede …………………………………. Data……………………………………….

La finalità di questo trattamento è esclusivamente la prevenzione del contagio da COVID-19. L’informativa estesa *Coronavirus* resa da UniPV, Titolare del trattamento in merito ai dati personali raccolti mediante la dichiarazione sostitutiva, è presente al seguente link: <https://privacy.unipv.it/informativa-coronavirus/>