DICHIARAZIONE PER L’ACCESSO ALLE STRUTTURE DIDATTICHE E SANITARIE AFFERENTI AL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA *“L. VANVITELLI” AVERSA-ASL CE*

*(ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 445/2000)*

**AL Direttore del Corso di Laurea in Infermieristica**

**Sede di Aversa –ASL CE**

**Dott. G. Marino**

Il/la sottoscritta……………………………………….…………………nato/a a………………………………………………..………………………………

il………………………… residente in ……………………………………..………….alla via…………………….……………………………………………..

Codice fiscale…………………………………., tel./cell………………………………………………………, mail…………………………………………….

Studente del Corso di Laurea in infermieristica- Universita’ degli studi della Campania *“L. Vanvitelli” Aversa-Asl Ce matricola \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Chiede**

Di svolgere il tirocinio clinico curriculare in presenza , come previsto dal proprio piano di studi , presso le strutture sanitarie dell’ASL di Caserta .

Inoltre, consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace , nonché delle sanzioni previste dal codice penale, dalle leggi speciali in materia e richiamate dall’art 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**dichiara:**

* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad esempio febbre superiore a 37,5°, informando il proprio medico curante e l’autorità sanitaria ;
* di non aver avuto , negli ultimi 14 giorni , sintomi influenzali come ad esempio febbre superiore a 37,5°;
* di essere a conoscenza che l’accesso agli spazi universitari/aziendali di lavoratori è precluso a chi, negli ultimi 14 giorni , abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di dichiarare tempestivamente laddove , anche successivamente all’accesso agli spazi universitari/aziendali, sussistano condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali quali febbre superiore a 37,5°, provenienza di zone a rischio, contatto con positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc. ), avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
* di essere a conoscenza che l’accesso agli spazi universitari/aziendali di lavoratori già risultati positivi all’infezione da COVID-19 deve essere preceduto da preventiva comunicazione avente oggetto la certificazione medica da cui risulti di essersi sottoposto a tampone molecolare e di aver avuto esito negativo, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
* **di esserSI sottoposto a vaccinazione anti SARS-CoV-2 /COVID-19;**
* **di essere a conoscenza del rischio di contagio da SARS-CoV-2 /COVID-19;**
* **di essereSi informato e formato nella vestizione e svestizione del personale sanitario e nell’utilizzo dei DPI;**
* di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel protocollo contrasto e contenimento da virus SARS-CoV-2 di Ateneo/Dipartimento presenti sul sito di ateneo;
* **di impegnarsi a rinnovare tempestivamente la presente dichiarazione a seguito di variazione di quanto sopra comunicato o dichiarato;**

La finalità di questo trattamento è la prevenzione del contagio da **SARS-CoV-2 /COVID-19**.

Lo scrivente dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla privacy ex artt. 13 e14 del regolamento (UE) 2016/679 sulla “protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali “, sul sito di ateneo al link : <https://www.unipampania.it/index.php/privcy> .

Si allega documento di riconoscimento.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_