

# ADSU – Azienda per il Diritto allo Studio

## Ex Caserma Campomizzi Snc

67100 - L'AQUILA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
numero \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, studente assegnatario di posto letto presso la struttura  
"Campomizzi",

in via precauzionale, per il benessere e la salute e la sicurezza di tutti,

### DICHIARA

- di non avvertire sintomi riconducibili a quelli da infezione da COVID-19 :tosse, difficoltà respiratorie, respiro affannoso, difficoltà respiratorie / aumento della frequenza degli atti respiratori oltre i 20 atti al minuto, stanchezza, spossatezza, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola), mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto.
- di non essere venuto a contatto con pazienti affetti da Covid-19 negli ultimi 14 giorni o sospettati ed in attesa di riscontro tramite test.
- di non essere sottoposto alla misura di quarantena per contagio da Covid – 19

e si impegna a presentare una nuova dichiarazione in caso di modifica delle condizioni precedentemente dichiarate.

Il sottoscritto inoltre autorizza l'ADSU a segnalare a.....recapito telefonico..... Email.....l'eventuale stato di malore/malessere rilevato in ogni momento.

### Informativa privacy

Trattamento dati necessario agli adempimenti di cui al D.L. 6/2020 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID -19 DPCM 23/02/2020 ed i successivi DPCM, D. Lgs 81.08 e tutti gli adempimenti normativi nazionali e regionali applicabili relativi all'emergenza COVID-19.

Data.....

Firma.....

T° Corporea rilevata all'ingresso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma addetto alla rilevazione

\_\_\_\_\_