**MODULO DI COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERSI IN PRESENZA**

1. FACOLTA’/DIPARTIMENTO/CENTRO: Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

Nome, Cognome

Matricola: e-mail:

Recapito Telefonico:

2. DESCRIZIONE ATTIVITÀ DA EFFETTUARE IN PRESENZA

3. MOTIVAZIONE DELL’EFFETTUAZIONE IN PRESENZA DELL’ATTIVITÀ

4. DATA/DATE/PERIODO IN CUI SI SVOLGONO LE ATTIVITÀ

5. PREVISTE ATTIVITÀ IN COMPRESENZA

SI NO

Note: le attività possono essere svolte rispettando il distanziamento di almeno 1 metro.

**6. LOCALI IN CUI SI SVOLGE L’ATTIVITÀ (edificio, piano, locali)**

**Per il Dipartimento indicare:**

* Direzione
* Amministrazione
* Servizi clinici
* Laboratori

7. RISPETTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PREVISTE DALLE LEGGI IN VIGORE E DAI REGOLAMENTI DI ATENEO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE CIRCOLARI RELATIVE AL CORONAVIRUS PER I DATORI DI LAVORO E LAVORATORI/EQUIPARATI PUBBLICATE SUL PORTALE DELLA SICUREZZA DI ATENEO

La permanenza nei locali di Ateneo sarà limitata al tempo strettamente necessario allo svolgimento delle attività in presenza;

* Durante le attività saranno pedissequamente rispettate le distanze interpersonali e tutte le misure di prevenzione e protezione previste dalle leggi in vigore e dai regolamenti di Ateneo, con particolare riferimento ai documenti relativi al rischio COVID-19.
* Durante le attività saranno pedissequamente rispettate le distanze interpersonali e tutte le misure di prevenzione e protezione previste dalle leggi in vigore e dai regolamenti di Ateneo, con particolare riferimento ai documenti relativi al coronavirus per i Datori di Lavoro e Lavoratori/Equiparati pubblicati sul portale Salute e Sicurezza di Ateneo, ad eccezione di quelle di seguito indicate:

NOTE:

8. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE:

non è a conoscenza di essere entrato in contatto stretto con nessun caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;

non ha febbre superiore a 37,5 °C né ha altri sintomi (tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, difficoltà respiratoria);

 nessun altro della famiglia presenta sintomatologia. Inoltre il sottoscritto si impegna a controllare l’insorgenza di sintomi e delle altre situazioni di cui sopra e a comunicare tempestivamente al proprio Datore di Lavoro tali eventualità, astenendosi di venire al lavoro.

Roma

DATA:

FIRMA\*\* DEL DIRIGENTE della SICUREZZA/RESPONSABILE

\*\*alternativamente alla firma può essere possibile aggiungere gli interessati in copia conoscenza