**MODULO DI COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ**

**DA SVOLGERSI IN PRESENZA**

|  |
| --- |
| 1. FACOLTA’/DIPARTIMENTO/CENTRO:  Nome, Cognome (di colui che comunica):  Matricola:  e-mail:  Recapito Telefonico:  altro riferimento: |
| 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: |
| 6. LOCALI IN CUI SI SVOLGE L’ATTIVITÀ (edificio, piano, locali) |
| 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. |
| DATA:  FIRMA\* DEL LAVORATORE O EQUIPARATO CHE SVOLGE L’ATTIVITÀ |
| DATA:  FIRMA\*\* DEL DIRIGENTE della SICUREZZA/RESPONSABILE |
| DATA:  FIRMA\*\* DEL COORDINATORE DI SEZIONE/DIRIGENTE DI AREA |

\* in caso di invio per e-mail può essere sufficiente l’invio tramite casella di posta personale

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