



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## MODULO DI COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERSI IN PRESENZA

<p>1. FACOLTA'/DIPARTIMENTO/CENTRO:</p> <p>Nome, Cognome (di colui che comunica):          Matricola:          e-mail:          Recapito Telefonico:          altro riferimento:</p>
<p>2. DESCRIZIONE ATTIVITÀ DA EFFETTUARE IN PRESENZA</p>
<p>3. MOTIVAZIONE DELL'EFFETTUAZIONE IN PRESENZA DELL'ATTIVITÀ</p>
<p>4. DATA/DATE/PERIODO IN CUI SI SVOLGONO LE ATTIVITÀ</p>
<p>5. PREVISTE ATTIVITÀ IN COMPRESENZA</p> <p><input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> No   Note:</p>
<p>6. LOCALI IN CUI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ (edificio, piano, locali)</p>
<p>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</p> <p>La permanenza nei locali di Ateneo sarà limitata al tempo strettamente necessario allo svolgimento delle attività in presenza;</p> <p><input type="checkbox"/> Durante le attività saranno pedissequamente rispettate le distanze interpersonali e tutte le misure di prevenzione e protezione previste dalle leggi in</p>

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