

## DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO ALL'ISSR INTERDIOCESANO "ALBERTO MARVELLI" - RIMINI

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ cell./tel. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente in  
(\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

dipendente dell'ISSR con sede a Rimini, via Covignano n° 265.

studente dell'ISSR al ciclo di studi:

- Laurea in Scienze Religiose (*Baccalaureato in Scienze Religiose*)
- Laurea Magistrale indirizzo Pedagogico-Didattico (*Licenza in Scienze Religiose*)
- Master in "Valorizzazione dell'arte sacra e del Turismo religioso"
- Percorso di Teologia Pastorale

docente dell'ISSR

visitatore o altro (specificare) \_\_\_\_\_

dichiara:

1. di accedere agli spazi dell'ISSR in data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni penali, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
3. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad es. febbre superiore a 37,5° (la temperatura deve essere misurata prima di recarsi in Istituto), informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria;
4. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi dell'ISSR è precluso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
5. di essere a conoscenza dell'obbligo di dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'accesso agli spazi dell'ISSR, sussistano condizioni di potenziale pericolo (sintomi influenzali quali febbre superiore a 37,5°, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.);
6. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi dell'ISSR di persone già risultate positive all'infezione da COVID-19 deve essere preceduto da preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti di essersi sottoposti al tampone e di aver avuto esito negativo, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
7. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni contenute nella Lettera del Direttore.

Rimini, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei presenti dati personali ai fini della tutela della salute e ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy.

Firma leggibile \_\_\_\_\_