



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



“LA SAPIENZA” UNIVERSITA’ DI ROMA
AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I
**POLO DIDATTICO DELLA FORMAZIONE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE AREA INFERMIERISTICA**
CORSO DI LAUREA X IN INFERMIERISTICA
Il Direttore del Corso di Laurea
Dr. Alfonso Guerriero

AUTODICHIARAZIONE PER INSERIMENTO IN TIROCINIO

Il/la Sottoscritto/_____ Matricola_____
nato a _____ (____) il ___/___/____,
residente a _____ (____) in via/piazza
_____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara:

- Di essere stato informato dalla Direzione Didattica del CdL Infermieristica X che l'epidemia da Covid-19 non è ancora completamente risolta, e quindi la ripresa del tirocinio dovrà svolgersi nel pieno rispetto di tutte le misure di controllo dell'infezione, nell'interesse della salute della collettività e del singolo;
- Di conoscere e di impegnarsi ad attuare tutte le misure di prevenzione del rischio infettivo, avendo preso visione della documentazione pubblicata all'indirizzo <https://www.uniroma1.it/it/node/229407>, riguardante i corretti comportamenti da osservare nelle sedi Sapienza ai fini della prevenzione della diffusione del COVID-19, ed avendo partecipato ai corsi FAD dell'Istituto Superiore di Sanità "Emergenza sanitaria da Covid-19" e "Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19", di cui allegano gli attestati di partecipazione
- Che la ripresa della frequenza del tirocinio è una propria personale scelta, libera, consapevole e responsabile
- Di non essere a conoscenza di essere entrato in contatto stretto con nessun caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni
- Di non essere soggetto a periodo di quarantena obbligatoria secondo prescrizioni governative vigenti



- Di non essere risultato positivo a COVID-19, oppure di essere risultato positivo ma di possedere idonea certificazione medica da cui risulta la "avvenuta negativizzazione" secondo le modalità previste, rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza o altra Autorità sanitaria competente.

Il/La sottoscritto/a si impegna pertanto:

- a prendere visione e a rispettare ed attuare tutti i protocolli, le procedure e le raccomandazioni poste in essere dall'Azienda Policlinico Umberto I per contrastare il contagio da Covid-19 e per la prevenzione delle infezioni nosocomiali
- ad astenersi dal frequentare il tirocinio qualora si presentasse anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre superiore a 37,5°C, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, difficoltà a riconoscere odori o sapori, difficoltà respiratoria, ovvero se i propri conviventi presentassero tale sintomatologia.
- a controllare l'insorgenza di sintomi durante la permanenza negli spazi di tirocinio nell'Azienda Policlinico Umberto I, o situazioni di contatto con casi confermati di COVID-19, e a comunicare tempestivamente al proprio referente di Sapienza tali eventualità.
- a rispettare, anche al di fuori del contesto di tirocinio e nella vita privata, tutte le misure di prevenzione del contagio pubblicate dal Governo sul sito: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>, conducendo uno stile di vita sobrio e conforme a tali misure

Data _____

Firma del Dichiarante