



**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000
RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA del giorno ... settembre 2020**

per l'ammissione al corso di laurea in:

Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria (barrare con una X)

Professioni Sanitarie (barrare con una X)

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Luogo di nascita..... Data di nascita

Residente a

Documento di identità n..... Rilasciato dain
data.....

in qualità di (es. candidato, componente
Commissione d'aula, personale di vigilanza, personale tecnico amministrativo, etc...) nell'accedere presso
..... (indicare la sede di svolgimento della prova) sotto la
propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace,
dichiara quanto segue:

- di non presentare sintomatologia respiratoria o simil-influenzale o febbre superiore a 37.5° C;
- di non essere attualmente in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e, per quanto di propria conoscenza, di non essere positivo al Covid-19/Sars-Cov-2;
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19/Sars-Cov-2, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del Covid-19/Sars-Cov-2.

Luogo e data

Firma leggibile dell'interessato.....

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento Ue 679/2016.

Luogo e data

Firma leggibile dell'interessato.....