

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL' ARTICOLO 47 DPR N.445/2000
RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA DEL GIORNO **3 SETTEMBRE 2020**
PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA IN
MEDICINA E CHIRURGIA E ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

Il sottoscritto **Cognome**
Nome
Luogo di nascita..... Data di nascita
Residente a
.....
Nazionalità..... - Documento di identità (tipo):
n..... Rilasciato da
in data.....

in qualità di:

- candidato,**
- componente Commissione d'aula / personale di vigilanza / personale tec.amm. / tutor,**

nell'accedere presso
(indicare la sede di svolgimento della prova)

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del DPR sopra citato, **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 in 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.....