



**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL' ARTICOLO 47 D.P.R. N.445/2000  
quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del Covid-19/Sars-Cov-2**

Il/La sottoscritt\_ .....  
Nat\_ a ..... il .....  
indirizzo di residenza .....  
indirizzo di domicilio (se diverso) .....  
documento di identità ..... n. ....  
rilasciato da ..... in data .....

in qualità di candidat\_ al Concorso pubblico per l'ammissione alla Scuola di Specializzazione in Farmacologia e Tossicologia Clinica ad accesso riservato ai non medici, nell'accedere al Polo degli Adelardi, Via Guglielmo degli Adelardi, 33 - 44121 Ferrara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. sopra citato, dichiara quanto segue:

- 1) Di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
  - a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
  - b) tosse di recente comparsa;
  - c) difficoltà respiratoria;
  - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
  - e) mal di gola.
- 2) di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID – 19.

Il/La sottoscritt\_ dichiara altresì di aver preso visione del Piano operativo specifico della procedura concorsuale pubblicato insieme al Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici di cui all'articolo 1, comma 10, lettera z), del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 gennaio 2021 al seguente indirizzo: <http://www.unife.it/it/corsi/scuole-di-specializzazione/sanitarie/iscrizione/bandi-ammissione/scuole-non-mediche> e di accettarne tutte le condizioni ivi previste.

In particolare, il/la sottoscritt\_ dichiara di accettare di indossare obbligatoriamente una maschera facciale monouso certificata secondo la norma tecnica UNI:EN 14683:2019 (Es: mascherina chirurgica o dispositivo medico equivalente certificato) dal momento dell'accesso all'area concorsuale sino all'uscita.

Luogo e data

Firma

.....

.....

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

.....

.....

**Si allega copia del documento di identità**