



**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_ alle prove di ammissione alla Scuola di Specializzazione in
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

- di non essere affett_ da uno o più dei seguenti sintomi:
 - temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - tosse di recente comparsa;
 - difficoltà respiratoria;
 - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - mal di gola;
- di non essere sottopost_ 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;
- di essere in possesso della certificazione verde COVID-19, il c.d. "Green Pass" (D.L. 23 luglio 2021, n.105);
- di aver preso visione delle misure di sicurezza e a tutela della salute nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Ateneo e di adottare, durante la prova, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19.

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