

PROVA DI AMMISSIONE
CORSI DI LAUREA TRIENNALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2022/2023
15 settembre 2022

Versione aggiornata 24 agosto 2022

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR N. 445/2000

Il sottoscritto
COGNOME E NOME

nato il/...../..... a..... (.....)
GG MM AAAA CITTÀ DI NASCITA PROVINCIA/NAZIONE

residente in (.....)
CITTÀ DI RESIDENZA PROVINCIA/NAZIONE

via n°

documento di identità n°

rilasciato da in data/...../.....
NB: PER CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA INDICARE MINISTERO DELL'INTERNO GG MM AAAA

nell'accedere presso
INDICARE LA SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA PROVA

DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- di non presentare i seguenti sintomi: febbre superiore a 37.5° e sintomatologia simil influenzale/simil Covid-19/polmonite
- di non essere attualmente sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da Covid-19
- di non essere risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio

(si prega di apporre una spunta a tutte le voci applicabili, e si specifica che in mancanza anche di una sola di tali spunte il candidato non potrà essere ammesso in aula per sostenere la prova)

PROVA DI AMMISSIONE
CORSI DI LAUREA TRIENNALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2022/2023
15 settembre 2022

Versione aggiornata 24 agosto 2022

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

Data,.....

IN FEDE

.....
(apporre firma leggibile)