

Allegato 1 – modello di autocertificazione

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL' ARTICOLO 47 DPR N.445/2000
RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO DI AMMISSIONE AL I ANNO DELLA SCUOLA
DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA ODONTOIATRICA IN _____
DEL GIORNO _____

(indicare il motivo di ingresso: lezione, partecipazione concorso, componente commissione etc)

Il sottoscritto Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita.....Data di nascita.....

Residente a.....

Nazionalità.....

Documento di identità.....

n.....Rilasciato dain data.....in qualità di.....(es.

indicare studente, docente, componente commissione etc) nell'accedere

presso..... (indicare aula) della Facoltà di Medicina, 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, lì.....Firma leggibile dell'interessato.....