

**Prova di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato nazionale
Corsi di Laurea Magistrali delle Professioni Sanitarie.
Giorno di svolgimento della prova di ammissione: 28 settembre 2022
A.A. 2022-2023**

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

Il sottoscritto
nato il/...../..... a (.....)
residente in (.....)
via n°
documento di identità n°
rilasciato da in data/...../.....
nell'accedere presso

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)*

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

.....

(si prega di apporre firma leggibile)