

Prova di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato nazionale

Corsi di laurea triennali Professioni Sanitarie in lingua italiana. Giorno di svolgimento della prova di ammissione: 15 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)