

## 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)