

AUTODICHIARAZIONE COVID-19 RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R N.445/2000

PROVA CONCORSUALE DEL GIORNO 25.03.2021 RELATIVA ALLA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE/OSTETRICHE 2020/2021

Il/la sottoscritto/a Cognome.....nome.....
nato/a ila.....(provincia.....)
residente in(provincia.....)
via.....n°
documento di identità n°
rilasciato da..... in data.....
in qualità di*:

*(es. candidato, componente Commissione d'aula, personale di vigilanza, personale tecnico amministrativo)
nell'accedere presso (indicare la sede di svolgimento della prova)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

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: temperatura superiore a 37.5° C e brividi, tosse di recente comparsa, difficoltà respiratoria, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), mal di gola;

di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19/SARS-COV-2;

di non essere risultato positivo al virus Covid-19/SARS-COV-2 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;

di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone risultate positive al Covid-19/SARS-COV-2;

di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone ancora sottoposte alla misura della quarantena in attesa di tampone;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio, e di rispettare la cartellonistica informativa e la segnaletica indicata, i percorsi di entrata e uscita e quelli previsti per gli spostamenti interni;

di allegare alla presente dichiarazione il proprio referto relativo ad un test antigenico rapido o molecolare effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data del 25.03.2021.

(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 e data

Firma leggibile dell'interessato