# *Prova di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato nazionale*

Corso di Laurea Triennali delle Professioni sanitarie

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

 COGNOME E NOME

nato il ....../....../............ a (.............................)

 GG MM AA CITTÀ DI NASCITA PROVINCIA/NAZIONE

residente in (.............................)

 CITTÀ DI RESIDENZA PROVINCIA/NAZIONE

via n° .............

documento di identità n° ..........................

rilasciato da in data ...../....../............

 NB: PER CARTA D’IDENTITÀ ELETTRONICA INDICARE MINISTERO DELL’INTERNO GG MM AA

nell’accedere presso

 indicare la sede di svolgimento della prova

**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)*