

**Concorso riservato ai laureati non medici**  
**Ammissione alle Scuole di Specializzazione di area sanitaria a.a. 2020/2021**

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**

(DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (COGNOME E NOME)

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(NB: PER CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA INDICARE MINISTERO DELL'INTERNO)

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 della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo
- 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; 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)

\_\_\_\_\_