DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000

RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE AL

TEST PRESELETTIVO PER IL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ PER L’A.A. 2020/2021

Il sottoscritto Cognome …………………………Nome…..………………………Luogo di nascita………………... Data di nascita ………………………. Residente a ……………………………………………………………………………….Documento di identità …………………………n……………….Rilasciato da ……………..…………….in data………………… in qualità di …………………………….(es. candidato, componente Commissione d’aula, personale di vigilanza, personale tecnico amministrativo, etc…) nell’accedere presso i locali sede del **concorso di ammissione alla Scuola di Specializzazione in Patologia Clinica e Biochimica Clinica**,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, dichiara quanto segue:

• di non presentare sintomatologia respiratoria o simil influenzale o febbre superiore a 37.5° C in data odierna;

• di non essere attualmente in quarantena o in isolamento domiciliare fiduciario e, per quanto di propria conoscenza, di non essere positivo al Covid-19/Sars-Cov-2;

• di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19/Sars-Cov-2, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del Covid-19/Sars-Cov-2.

Luogo e data Firma leggibile dell’interessato

**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