

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art 76 D.P.R. 445/2000 e art 495 c.p.) presenta richiesta di autorizzazione all'accesso alla struttura con riferimento al Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679/UE, presso \_\_\_\_\_ per svolgere il test di ammissione al corso di laurea magistrale a ciclo unico in **Medicine and Surgery** della Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" – A.A. 2021/2022.

A tal fine,

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale, dichiara quanto segue:

- Di **non** essere sottoposto alla misura della **quarantena** ovvero di **non** essere risultato **positivo** al COVID-19 nelle 48 ore precedenti;
- Di non avere la temperatura corporea superiore ai 37,5° o altri sintomi influenzali prima della partenza per recarsi alla selezione in oggetto;
- Di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità nel fare accesso al sito (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
- Di impegnarsi a informare tempestivamente e responsabilmente gli addetti della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della selezione, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- Di non essere a conoscenza di avere avuto contatti con persone risultate positive al CoVid-19 nei 14 giorni precedenti la data odierna

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Autorizzo l'Università al trattamento dei dati personali presenti nel presente documento ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.

Luogo \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma (dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_