

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

RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA del giorno 8 settembre 2020

per l'ammissione al corso di laurea triennale delle Professioni Sanitarie

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 \_\_\_\_\_ (*indicare la sede di svolgimento della prova*) sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, dichiara quanto segue:

- di non presentare sintomatologia respiratoria o similinfluenzale o febbre superiore a 37.5 °C in data odierna;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

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

Luogo e data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_