

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: Aule del Dipartimento di Farmacia- Scienze del Farmaco
INDICARE LA SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA PROVA

in qualità di
INDICARE es. Candidato, componente Commissione, personale di vigilanza, personale tecnico amministrativo, etc...

**DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

- **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 risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione**
- **di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone risultate positive al Covid-19**
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio**

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

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informato/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.

Bari, 29.09.2020

IN FEDE

.....1

(si prega di apporre firma leggibile)