

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL' ARTICOLO 47 DPR N.445/2000

RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA

PROVA COMPENSATIVA MINISTERO DELLA SALUTE

del giorno __/__/2021

PROFESSIONE _____

Il sottoscritto Cognome Nome

Luogo di nascita.....Data di nascita __/__/__

Residente a (____) Nazionalità

Documento di identità n.

Rilasciato da in data __/__/__

Cellulare _____

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del DPR sopra citato, dichiara quanto segue:

- di **NON** presentare sintomatologia respiratoria o simil influenzale o febbre superiore a 37.5° C;
- 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.

Roma __/__/2020

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, lì.....

Firma leggibile dell'interessato.....