

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

**RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA**

**PROVA COMPENSATIVA MINISTERO DELLA SALUTE**

del giorno \_\_/\_\_/2020

**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 informato/a, 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.....