AUTODICHIARAZIONE COVID-19

(D.P.R. 28.10.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap. \_\_\_\_\_\_\_\_), telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in merito alla partecipazione all’esame di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che si terrà il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore alle ore presso l’aula ………………………. Edificio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARO**

- di non essere affetto/a da Covid-19 e di non essere positivo/a al Covid-19;

- di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena;

- di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;

- di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

- di non avere avuto contatti negli ultimi 14 giorni con persone risultate affette da Covid-19, per quanto di mia conoscenza;

- di non essere rientrato/a in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato estero dichiarato a rischio o di provenire da una zona del nostro Paese dichiarata ad alto rischio contagio.

Mi impegno a non presentarmi in aula e nei locali universitari se intervengono modifiche a quanto dichiarato e, in caso di comparsa dei sintomi sopra riportati nella settimana successiva alla mia presenza in aula, mi impegno a darne comunicazione all’autorità sanitaria locale (Medico di famiglia/ASL territoriale di competenza/Numero di Emergenza Medica Nazionale 115/Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione siciliana) e all’Università degli Studi di Catania.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del Covid-19/SARS-CoV-2

Catania, lì Firma

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016.

Firma