



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI TORINO

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**  
**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000**  
**RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA PER**  
**L'AMMISSIONE AL/AI:**

(indicare con una X il test cui si riferisce la dichiarazione;  
occorre compilare nuovamente la presente dichiarazione in occasione della partecipazione a ogni test indicato)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina veterinaria 01/09/2021                                      | <input type="checkbox"/> Corso di laurea magistrale a ciclo unico in scienze della formazione primaria 17/09/2021                          |
| <input type="checkbox"/> Corsi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria e protesi dentaria 03/09/2021 | <input type="checkbox"/> Corso di formazione per conseguimento specializzazione attività di sostegno agli alunni con disabilità 20/09/2021 |
| <input type="checkbox"/> Corsi di Laurea Magistrale del Dipartimento di Management 07/09/2021   | <input type="checkbox"/> Corso di formazione per conseguimento specializzazione attività di sostegno agli alunni con disabilità 23/09/2021 |
| <input type="checkbox"/> Corsi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e chirurgia in lingua inglese 09/09/2021                    | <input type="checkbox"/> Corso di formazione per conseguimento specializzazione attività di sostegno agli alunni con disabilità 24/09/2021 |
| <input type="checkbox"/> Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie 14/09/2021   | <input type="checkbox"/> Corso di formazione per conseguimento specializzazione attività di sostegno agli alunni con disabilità 30/09/2021 |

Il/La sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita..... Data di nascita .....

Residente a .....

Documento di identità (tipo)..... n° .....

Rilasciato da ..... in data.....

in qualità di (es. candidato/a, componente Commissione d'aula, personale di vigilanza, personale tecnico amministrativo etc.)

.....

nell'accedere presso la sede concorsuale

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del d.p.r. n.**

**445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:**

- di non presentare i seguenti sintomi: febbre superiore a 37.5° e sintomatologia simil influenzale/simil Covid-19/polmonite
- di non essere attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo
- di non essere risultato/a positivo/a al virus Covid-19 ovvero di essere risultato/a positivo/a ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione
- di non essere stato/a a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone risultate positive al Covid-19
- di non essere stato/a a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone ancora sottoposte alla misura della quarantena in attesa di tampone
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio

(si prega di apporre una spunta a tutte le voci applicabili, e si specifica che in mancanza anche di una sola di tali spunte il candidato non potrà essere ammesso in aula per sostenere la prova)

**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, .....

IN FEDE

.....  
(si prega di apporre firma leggibile)