



ANNO ACCADEMICO 2022/2023
TEST LAUREE TRIENNALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
Autocertificazione Covid-19

Il sottoscritto
nato il/...../..... a (.....)
residente in (.....)
via n°
documento di identità n°
rilasciato da in data/...../.....

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 alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo
- di non essere risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio

Luogo

Data,.....

Firma

.....