SCUOLA DI PEDIATRIA

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

Periodo di frequenza dal ……/……/…… **al** ……/……/……

Il sottoscritto **Cognome**……..

Nome …..…… **Luogo di nascita**……..

Data di nascita ……/……/…… **Residente a**……

Nazionalità…… **Documento di identità** ……

Nr. …… **Rilasciato da** ……..……..

data ……/……/…… in qualità di **Studente MPS** nell'accedere presso **U.O**…… (indicare Unità Operativa assegnata) dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, 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.

Data Roma, ……/……/…… **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.

Data Roma, ……/……/…… **Firma leggibile dell'interessato**…….