

 <b>UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE</b> hic sunt futura	Università degli Studi di Udine	<b>COVID19/002</b> Ediz. 1.0/06.09.2021 Rev. 2.0 pagina 1 a 1
	<b>DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ</b>	
	Sistema di Prevenzione d'Ateneo	

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46, 47 DEL D.P.R. 445/00 (DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ) RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA PUBBLICA**

per l'ammissione ai corsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Comune Provincia Data di nascita

Residente in \_\_\_\_\_  
Via piazza N° CAP Comune Provincia

Documento di identità n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze amministrative della decadenza dai benefici conseguiti dal dichiarante (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000) e delle conseguenze penali previste dalla legge (art. 76 D.P.R. n. 445/2000, art. 495 c.p. e art. 483 c.p.) qualora siano rese dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, per quanto di propria conoscenza,**

- come candidato/candidata;  come personale di ateneo;
- > di aver preso visione delle misure di sicurezza e a tutela della salute nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Ateneo e di adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;
  - > di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione previste come misure di prevenzione dalla diffusione del contagio da COVID-19 ai sensi della normativa vigente;
  - > di non avere o avere avuto sintomi (ad es. febbre, mal di gola, raffreddore, nausea, brividi, mal di testa, tosse, diarrea, vomito) riconducibili al COVID-19 nei 14 giorni precedenti;

Nel caso di contatti stretti con persone positive al COVID-19:

- di aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;
- di aver osservato un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo, effettuato il decimo giorno.

di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni. Si impegna altresì a produrre per la verifica elettronica una delle attuali certificazioni verdi Covid 19/EU digital COVID certificate o certificato di essere esente da certificazione verde come da circolari Ministero della Salute (*questa esenzione è prevista in Italia per cittadini italiani*).

N. B. Se in possesso di certificazione verde di Paese non UE ritenuta equivalente a quelle dei Paesi UE si impegna a fornire la suddetta certificazione per la verifica dell'equivalenza.

La presente autodichiarazione viene resa quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del COVID-19. Essa, unitamente alle certificazioni verdi Covid 19 esibite, è condizione indispensabile per la partecipazione alla procedura concorsuale.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
il dichiarante

**Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati**

Dichiaro di essere informato/o e accetto il trattamento a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati 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 n. 679/2016. I dati sono raccolti per le finalità di cui Lei ha già preso visione in fase di iscrizione alla procedura concorsuale per l'ammissione ai corsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità all'indirizzo [www.uniud.it/privacy](http://www.uniud.it/privacy).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
il dichiarante

Allegare copia del documento di identità o firmare alla presenza dell'addetto, previa identificazione

Si prega di compilare in ogni parte e mantenere lo scritto ordinato e leggibile. Non sono accettate dichiarazioni incomplete e non si è ammessi senza consegna della dichiarazione e senza i certificati verdi o equiparati richiesti e verificati.