



UNIVERSITA'  
CAMPUS  
BIO-MEDICO  
DI ROMA

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di non essere venuto a contatto negli ultimi 14 giorni con soggetti dichiarati positivi al COVID-19, con casi sospetti o con soggetti per i quali è stata disposta la quarantena preventiva;
- 2) di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19;
- 3) che allo stato attuale non presenta sintomi come tosse secca, febbre, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, alterazione del senso del gusto, congiuntivite, diarrea, vomito, etc.;
- 4) di impegnarsi a comunicare durante la permanenza nel luogo di esame eventuali sintomi alla Commissione d'esame o al personale di sorveglianza presente.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma estesa e leggibile

\_\_\_\_\_