

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA BORSA DI STUDIO nell'ambito del progetto "Cure MERRF: from fibroblasts to organoids speeding basic science into clinical trials for mitochondrial diseases" (Telethon Grant) da svolgersi presso il Programma Neurgenetica, Laboratorio di Neurogenetica dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Documento di identità n. _____

Rilasciato da _____ il _____

nr. cellulare/utenza telefonica _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

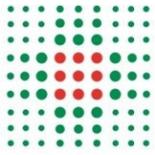
- di non presentare temperatura superiore a 37,5 C° o sintomatologia simil – influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, ecc.);
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- di non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività al Covid-19;
- di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate sul loro portale dei concorsi il 16/08/2021 e di essere consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19.

ESIBISCE

Certificazione Verde COVID-19 (cd. Green pass)

(di cui all'art. 9, comma 2, del D.L. 22/04/2021 n. 52, convertito con modificazioni dalla L. 17/06/2021 n. 87)

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS-COV-2.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Si presta esplicito consenso, ai sensi dei D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e 10/08/2018 n. 101 e del regolamento UE 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.

Luogo e Data, _____ Firma leggibile _____