

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA BORSA DI STUDIO RIVOLTA A LAUREATI IN FISICA FINALIZZATA ALLE ATTIVITÀ DI STUDIO E RICERCA NELL'AMBITO DEL PROGETTO: "ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR PERSONALISED MEDICINE IN DEPRESSION - ANALYSIS AND HARMONIZATION OF CLINICAL RESEARCH DATA FOR ROBUST MULTIMODAL PATIENT PROFILING FOR THE PREDICTION OF THERAPY OUT COME – ARTIPRO", DA SVOLGERSI PRESSO LA DIREZIONE SCIENTIFICA DELL'IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICA 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 _____

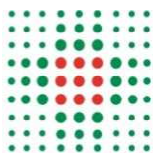
nr. cellulare/utenza telefonica _____

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.

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 _____