

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

La/Il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
codice fiscale _____, iscritta/o al Corso di Laurea in
_____, matr. _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o certificazione di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

DICHIARA

di trovarsi in particolari condizioni di fragilità (condizioni di rischio maggiore in caso da infezioni da Covid19, derivanti da immunodepressione, svolgimento di terapie salvavita, comorbilità ...), che le/gli impediscono di frequentare le strutture dipartimentali per lo svolgimento dell'esame di

e

di essere consapevole

- che la dichiarata condizione di fragilità potrà essere verificata dal Medico Competente nominato per la sorveglianza sanitaria ex art. 41 del D. Lgs. 81/08;
- che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La/Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente il venir meno delle condizioni attestate con la presente.

Allega documento di identità _____

Data _____

Firma _____