

**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE A DUE BORSE DI STUDIO RIVOLTE A LAUREATI IN FARMACIA O IN CHIMICA FINALIZZATE AD ATTIVITÀ DI STUDIO E RICERCA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "STUDIO DI FARMACOVIGILANZA SULLE PRESCRIZIONI DI FARMACI NEI MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)" DA SVOLGERSI PRESSO UOSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO 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 \_\_\_\_\_

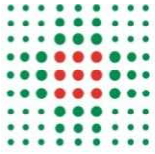
nr. cellulare/utenza telefonica \_\_\_\_\_

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.

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 \_\_\_\_\_