



**AUTODICHIARAZIONE COVID-19 - SESSIONE DI LAUREA/DIPLOMA A.A. 20..-..**  
**- MODULO PER LAUREANDO/DIPLOMANDO -**

Io sottoscritta/o (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Corso di \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Relatore Prof. \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (ex artt. 46, 47 e 75, 76 DPR 445/2000)

Dichiaro:

- di non essere sottoposto/a alla misura di QUARANTENA per Covid-19 ovvero di non essere risultato positivo al tampone per Sars-CoV-2 certificato dal Servizio Sanitario o in caso positivo, di aver effettuato successivamente doppio tampone risultato negativo;
- di non presentare, ad oggi, alcun sintomo compatibile con Covid-19, (temperatura corporea >37,5°, tosse, difficoltà respiratorie, forti mal di gola, raffreddore e congiuntivite, perdita gusto e olfatto, o diarrea);
- di non essere stato/a negli ultimi 14 giorni in contatto non protetto con soggetti risultati positivi per Sars-CoV-2.

Sono consapevole che se non fossero soddisfatti tutti i precedenti requisiti, non potrò accedere agli spazi universitari.

**Nel caso di comparsa di sintomatologia compatibile con Covid-19 durante la sessione di laurea/diploma, provvederò a isolarmi rapidamente dagli altri e ad allontanarmi dagli spazi universitari, avvisando tempestivamente il Presidente della Commissione.**

Luogo e data: .....

Firma leggibile.....

*Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui gli artt. 13 e 14 Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – GDPR) e delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018 e acconsento al trattamento dei dati per le finalità indicate nell’informativa (reperibile al link <https://www.univr.it/it/privacy>).*

Data .....

Firma .....