**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000**

**PER LA FREQUENZA DELL’INTERNATO DI TESI E DEL TIROCINIO**

**DEGLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHRURGIA**

Il/la sottoscritto/a Cognome ……………………………….…. Nome …..…………………………………...…

Luogo di nascita ………………………………………....………... Data di nascita ………………..………….

Residente a …………………………………………………………………………………………………….....

Documento di identità ………………….………………… n……………………….

Rilasciato da …………………………………………….………… in data ………………………

in qualità di ……………………………………………..………… (es. tirocinante, studente interno) nell’accedere presso………………………………………………………………………………………………. (indicare U.O. e Struttura, es. U.O. Cardiologia, Policlinio)

affidato al tutor …………………………………………… (indicare nome e cognome del tutor)

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, dichiara quanto segue:

* di non presentare sintomatologia respiratoria o similinfluenzale o febbre superiore a 37.5° C in data odierna;
* di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario negli ultimi 14 giorni;
* di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

In sottoscritto dichiara di essere consapevole che nel caso in cui una delle suddette condizioni dovesse modificarsi è necessario avvisare tempestivamente il tutor e sospendere la frequenza del reparto/laboratorio.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e data ………………………….. Firma leggibile dell’interessato …………………………….…………

***Allegare alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.***