



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**SEDUTA DI LAUREA CdL in \_\_\_\_\_  
data \_\_\_\_\_ - AUTODICHIARAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso  
di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che negli ultimi 14 giorni:

- non ha avuto un contatto stretto con paziente affetto da infezione di SARS-CoV-2 (Covid-19);
- non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ecc.);
- non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- non è rientrato in Italia da un Paese che prevede la misura della quarantena.

Che non presenta alcuno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Dichiara inoltre di attenersi alla normativa di Ateneo inerente alla “Riapertura strutture durante l'emergenza Covid-19”, disponibile all'indirizzo <https://www.unipr.it/node/28232>

\_\_\_\_\_  
data e ora

*Firma leggibile del dichiarante*