

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

CdLM in Medicina e Chirurgia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto al \_\_\_\_\_° anno del CdLM in Medicina e Chirurgia con matr. n° \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail istituzionale \_\_\_\_\_@studenti.unicz.it

tenuto conto delle *Procedure di accesso e fruizione degli spazi universitari da parte degli studenti e del personale docente in relazione alla ripresa delle attività didattiche*, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA di

non poter prendere parte alla lezione frontale in aula del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in quanto

<input type="checkbox"/>	Affetto da sintomi d'infezione respiratoria acuta, simil-influenzale o sintomi caratterizzati da alterazioni del gusto e dell'olfatto
<input type="checkbox"/>	Presenta febbre superiore a 37.5 °C

*\*Indica con una X la tua situazione specifica*

*Si allega alla presente copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.*

Data \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

*La presente dichiarazione dovrà essere inviata mezzo indirizzo istituzionale a  
coordinamentomedicina@unicz.it*