

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
e domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
iscritto/a nell'a.a. 2020/2021 al Corso di Studio in \_\_\_\_\_  
dell'Università degli Studi del Molise, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di  
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

di non poter raggiungere la Sede di \_\_\_\_\_ dell'Ateneo in quanto:

- è attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena;
- presenta sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
- è stato/a, negli ultimi 14 giorni, a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19).
- altro (Specificare la causa riconducibile a problematiche legate al COVID non ricomprese nei punti precedenti) .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante