**MODULO INTEGRATIVO AUTORIZZAZIONE MISSIONE ITALIA ( D.R. 1207/2020 DEL 25/06/2020)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Al Magnifico Rettore

*Prof. Orazio Schillaci*

Al Direttore del Dipartimento DEF

*Prof. Fabrizio Mattesini*

Il sottoscritto …………………………………………………………… consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D. P.R.;

DICHIARA QUANTO SEGUE:

1. che lo svolgimento della missione a ……………………………………. dal ………………………….. al ......... per la seguente attività :…………………………………………………………………..……………...…………….......

…………………………………………………………………………………………………………………..……………………

è necessaria e improcrastinabile in ragione delle seguenti motivazione: (indicare la

circostanziata motivazione riguardante l’indifferibilità di svolgimento della missione) …………………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………......…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. che la destinazione della missione non rientra nelle specifiche aree del territorio nazionale sottoposte a limitazioni ai sensi dell’art. 1, comma 3 del decreto legge n.33/2020 e che la struttura ospitante, per quanto di sua conoscenza, ha adottato idonee misure volte al contrasto e al contenimento del diffondersi del virus COVID-19;
2. Di impegnarsi ad osservare, durante il periodo di svolgimento della missione, gli obblighi di cui all’art. 3 del D.P.C.M 11.06.2020 per quanto compatibili;
3. Di impegnarsi in caso riscontri l’insorgenza di sintomi Covid-19, a comunicare **immediatamente** detto stato all’Autorità sanitaria competente per territorio sede della missione;
4. Di impegnarsi a non modificare la destinazione della missione;

- indirizzo completo del luogo dove dovrà essere svolta la missione e del luogo di

pernottamento (Albergo, B&B, altro): ……………………………………………………………….………..

- recapito telefonico mobile presso il quale ricevere comunicazioni: ……………………………….

L’interessato dichiara di aver preso conoscenza dei contenuti dell’informativa di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, la quale è reperibile al seguente link: http://utov.it/s/privacy

Roma, IN FEDE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto si autorizza Visto si autorizza

Il Coordinatore di Dottorato \* Il Direttore del DEF

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*(firma necessaria per i dottorandi)