

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____

e residente in _____, consapevole delle
sanzioni

previste in caso di false dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ☐ di non aver avuto contatti, con soggetti risultati positivi al COVID 19 nei 14 giorni antecedenti la data della prova concorsuale;
- ☐ di non aver sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea > 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto, diarrea);
- ☐ di ESSERE/NON ESSERE risultato positivo all'infezione da COVID 19 a seguito di accertamenti diagnostici (N.B. tale dichiarazione va compilata solo in caso di avvenuti accertamenti diagnostici. In caso di pregressa positività allegare una certificazione medica che attesti l'avvenuta negativizzazione).

Luogo e data

Firma

Il sottoscritto presta altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali per gli adempimenti correlati allo svolgimento in sicurezza della procedura concorsuale. I dati forniti saranno gestiti in conformità alle norme previste dal GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data

Firma
