

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto candidato _____, nato a _____ il _____, residente a _____ in _____ N. _____, codice fiscale _____, consapevole delle pene previste per le false attestazioni richiamate nel D.P.R. 445/2000, sulla base delle norme in materia di "Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19", dovendo sostenere le prove della procedura selettiva per la copertura di n° 1 posto di istruttore amministrativo cat C presso il Settore 1 Servizi Amministrativi, mediante progressione verticale riservata al personale dipendente ex art 22 comma 15 Dlgs 75/2017, in data _____ al fine di accedere alla Area concorsuale senza pregiudizi agli ospiti e al personale operante

D I C H I A R A

- di non avere avuto febbre, tosse, disturbi respiratori e di non avere contattato il proprio medico curante per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti all'odierno;
- di non avere al momento dell'ingresso sintomi influenzali, tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- Di essersi misurato la temperatura corporea prima di lasciare la propria abitazione per recarsi presso la sede della prova in Rapallo e che tale temperatura non è superiore a 37,5°.
- Di non aver avuto, per quanto di propria conoscenza, contatti stretti con soggetti risultati positivi al test COVID-19 o sottoposti a quarantena.
- Di non essere sottoposto alla misura di quarantena e di non avere avuto familiari, né contatti stretti o aver vissuto nello stesso ambiente chiuso, con un caso confermato o sospetto di Covid-19 nei 14 giorni precedenti all'odierno
- di non essere stato contattato dalla propria ATS/ASL o da altro soggetto abilitato in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da infezione da coronavirus (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario), negli ultimi 14 giorni precedenti all'odierno;
- Di essere in possesso di certificazione verde COVID-19 (*Green Pass*)

OVVERO

- aver effettuato test antigenico rapido o molecolare, mediante tampone oro/rino-faringeo presso struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento della prova;
- Di aver preso visione dell'Informativa resa ai sensi dell'Art. 13 del Reg. UE 679/2016 e ai sensi del d.lgs. 196/03 e ss.mm.ii. come novellato dal d.lgs.101/18 e ai sensi della normativa vigente per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus Covid-19

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei soggetti presenti durante l'espletamento della prova.

Pertanto, presta:

IL PROPRIO ESPLICITO E LIBERO CONSENSO

- al trattamento dei propri dati per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti di Contenimento e Gestione dell'emergenza da Covid-19 (Coronavirus).
- al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Addi _____

Firma del dichiarante in forma estesa
