

DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la _____ Sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____, il _____ - ai sensi dell'art. 47 del D.P.R.
del 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- ☐ di AVERE/NON AVERE temperatura superiore a 37,5°;
- ☐ di AVERE/NON AVERE tosse di recente comparsa;
- ☐ di AVERE/NON AVERE difficoltà respiratoria;
- ☐ di AVERE/NON AVERE perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto ovvero perdita o alterazione del gusto;
- ☐ di AVERE/NON AVERE mal di gola;
- ☐ di ESSERE/NON ESSERE attualmente sottoposto alla quarantena o all'isolamento domiciliare fiduciario e/o divieto di allontanarsi dalla propria abitazione/dimora, in base alla normativa vigente;
- ☐ di ESSERE/NON ESSERE in possesso di certificazione verde COVID-19 o

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 in materia di protezione dei dati personali)

Data _____

Firma _____