

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, consapevole delle sanzioni previste in caso di false dichiarazioni,
sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- ☐ di NON aver avuto contatti, senza adeguate misure di protezione, con soggetti risultati positivi al Covid19 nei 14 giorni antecedenti alla data della prova selettiva;
- ☐ di ESSERE / ☐ di NON ESSERE rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da Paesi per i quali sussiste l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti diagnostici ai sensi della normativa vigente, nè di avere avuto contatti stretti con persone che sono rientrate dai sopracitati Paesi (N.B. In caso di risposta affermativa, allegare una autocertificazione medica che attesti la negatività);
- ☐ di NON ESSERE rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni dai Paesi per i quali sussiste l'obbligo di sottoporsi a sorveglianza sanitaria e ad isolamento fiduciario presso la propria dimora;
- ☐ di ESSERE / ☐ di NON ESSERE risultato positivo all'infezione da Covid19 a seguito di accertamenti diagnostici (N.B. In caso di pregressa positività, allegare una certificazione medica che attesta l'avvenuta negativizzazione).

oppure

- ☐ di NON AVERE mai eseguito accertamenti diagnostici relativi all'infezione da Covid19.

Data _____ Firma _____

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

Data _____ Firma _____