

DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

----- D I C H I A R A -----

- di AVERE / NON AVERE Temperatura superiore a 37,5° e brividi;

- 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 allontanamento dalla propria abitazione/dimora, in base alla normativa vigente;

- di AVERE / NON AVERE Effettuato un test antigenico rapido o molecolare entro le 48 ore antecedenti (*il candidato deve allegare alla presente il relativo referto*).

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).

Data _____

Firma _____