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 NON aver avuto contatti, senza adeguate misure di protezione, con soggetti risultati positivi al Covid19 nei 14 giorni antecedenti alla data della prova concorsuale;

□ di ESSERE / □ di NON ESSERE rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni dai Paesi per i quali sussiste l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti diagnostici ai sensi della normativa vigente, né di aver avuto contatti stretti con persone che sono rientrate dai sopracitati Paesi (*N.B. In caso di risposta affermativa, allegare una certificazione 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 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* _____