

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI,
PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DI
N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO disciplina di MEDICINA TRASFUSIONALE**

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto nato il/...../..... a..... (.....) residente a
..... (.....) via..... n°
documento di identità..... n°
rilasciato da in data/...../.....
nell'accedere presso i locali d'esame

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.p.r. n. 445/2000

consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- ☐ di non aver presentato negli ultimi 14 giorni i seguenti sintomi: febbre superiore a 37.5° e sintomatologia simil influenzale/simil Covid-19/polmonite
- ☐ di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o a isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo
- ☐ di non essere risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione
- ☐ di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone risultate positive al Covid-19
- ☐ di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone ancora sottoposte alla misura della quarantena in attesa di tampone
- ☐ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio

si prega di apporre una spunta a tutte le voci applicabili, e si specifica che in mancanza anche di una sola di tali spunte il candidato non potrà essere ammesso in aula per sostenere la prova

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento Ue 679/2016.

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

Luogo

Data

Firma (leggibile)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Païolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

