

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI  
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DI  
DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA DI MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI  
LAVORO**

**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, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ,  
ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

- di non avere uno o più dei seguenti sintomi: temperatura superiore a 37,5 °C e brividi, tosse di recente comparsa, difficoltà respiratoria, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), mal di gola di non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

**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 Paolino 10 – 46100 Mantova | [www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)  
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201