

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DI
N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA**

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



**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DI
N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA**

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