

**Concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato e pieno di n. 1 posto di  
Dirigente Medico disciplina di Neuroradiologia  
(scaduto in data 11/08/2022)**

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**  
(ai sensi del “Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici” emanato dal Ministero della Salute in  
data 25/05/2022)

**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 essere sottoposto alla misura dell' isolamento come misura di prevenzione della diffusione della  
diffusione del contagio da COVID-19;

**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](http://www.asst-mantova.it)  
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

