

*DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

*Il/la sottoscritto/a _____
nato/a 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 AVERE / NON AVERE Temperatura superiore a 37,5° e brividi;*
- di AVERE / NON AVERE Tosse di recente comparsa;*
- di AVERE / NON AVERE Difficoltà respiratoria;*
- di AVERE / NON AVERE Perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto ovvero perdita o alterazione del gusto;*
- di AVERE / NON AVERE Mal di gola;*

- di ESSERE / NON ESSERE Attualmente sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19.*

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a 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 _____