

AUTODICHIARAZIONE COVID — 19
(ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____ Via
documento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____
telefono _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI DICHIARA QUANTO SEGUE:

di non essere attualmente affetto da COVID-19 e di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;

di non essere affetto attualmente da patologia febbrale con temperatura pari o superiore a 37,5° C;

di non accusare al momento, tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dall'espletamento della prova concorsuale all'autorità sanitaria locale.

Firma leggibile del Dichiarante _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/69 Gentile Signora/e, in relazione all'emergenza sanitaria da COVID-19, ai sensi della normativa di settore così come previsto dalle principali disposizioni adottate in relazione allo stato di emergenza.