

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____, nato 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 NON aver avuto contatti, senza adeguate misure di protezione, con soggetti risultati positivi al
Covid19 nei 14 giorni antecedenti alla data della prova concorsuale;

○ di ESSERE / NON ESSERE risultato positivo all'infezione da Covid19 a seguito di accertamenti
diagnostici (N.B. In caso di pregressa positività, allegare una certificazione medica che attesta l'avvenuta
negativizzazione).

oppure

○ di NON AVERE mai eseguito accertamenti diagnostici relativi all'infezione da Covid19.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto 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 _____