

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000  
RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA PUBBLICA DEL  
CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO ED  
INDETERMINATO DI N. 3 POSTI CATEGORIA D CON PROFILO DI ASSISTENTE SOCIALE - COMPARTO  
FUNZIONI LOCALI DEL GIORNO \_\_\_\_\_ OTTOBRE 2021**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*consapevole delle conseguenze amministrative della decadenza dai benefici conseguiti dal dichiarante (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000) e delle conseguenze penali previste dalla legge (art. 76 D.P.R. n. 445/2000, art. 495 c.p. e art. 483 c.p.) qualora siano rese dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, per quanto di propria conoscenza;**

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e a tutela della salute nella sezione dedicata del sito istituzionale (**Vademecum**) e di adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione previste come misure di prevenzione dalla diffusione del contagio da COVID-19 ai sensi della normativa vigente;
- di non avere o avere avuto sintomi (ad es. febbre, mal di gola, raffreddore, nausea, brividi, mal di testa, tosse, diarrea, vomito) riconducibili al COVID-19 nei 14 giorni precedenti;

**Nel caso di contatti stretti con persone positive al COVID-19:**

- di aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;
- di aver osservato un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo, effettuato il decimo giorno.
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

Si impegna altresì a produrre per la verifica elettronica una delle attuali certificazioni verdi Covid 19/EU digital COVID certificate o certificato di essere esente da certificazione verde come da circolari Ministero della Salute\*.

\*questa esenzione è prevista in Italia per cittadini italiani

**N. B.** Se in possesso di certificazione verde di Paese non UE ritenuta equivalente a quelle dei Paesi UE si impegna a fornire la suddetta certificazione per la verifica dell'equivalenza.

La presente autodichiarazione viene resa quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del COVID-19. Essa, unitamente alle certificazioni verdi Covid 19 esibite, è condizione indispensabile per la partecipazione alla procedura concorsuale.

Corleone \_\_\_\_\_ ottobre 2021

Firma leggibile

**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 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 n. 679/2016.

Corleone \_\_\_\_\_ ottobre 2021

Firma leggibile

Allegare copia del documento di identità o firmare alla presenza dell'addetto, previa identificazione

**Pregasi di compilare in ogni parte e mantenere lo scritto ordinato e leggibile. Non sono accettate dichiarazioni incomplete e non si è ammessi senza consegna della dichiarazione e senza i certificati verdi o equiparati richiesti e verificati.**