



Centro Residenziale Anziani "S. Scalabrin"

MODELLO DI DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO AI LOCALI PER LO SVOLGIMENTO DELLA MOBILITA' E DEL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 6 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (CAT. B POSIZIONE ECONOMICA B/1 - C.C.N.L. PERSONALE DEL COMPARTO FUNZIONI LOCALI), NEL BIENNIO 2021 -2022

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti previsti in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (artt. 75 e 76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(barrare tutte le caselle)

di non essere affetto dai seguenti sintomi

a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;

b) tosse di recente comparsa;

c) difficoltà respiratoria;

d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);

e) mal di gola.

di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID – 19;

di avere preso visione dei protocolli per lo svolgimento dei concorsi pubblici adottati dal Dipartimento della Funzione Pubblica e del Piano operativo specifico del concorso e di essere a conoscenza di tutte le misure di prevenzione applicate, che si impegna ad osservare senza alcuna eccezione;

di fornire il proprio esplicito e libero consenso al trattamento di tutti i dati per la finalità indicata;

di aver preso visione del protocollo aziendale di sicurezza anti-contagio Covid19 e di impegnarsi a rispettare tutte le indicazioni contenute e/o impartite dal personale dell'Ipab.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza sanitaria da virus Covid-19 ed in ottemperanza al Piano di svolgimento dei concorsi pubblici adottato dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Data _____

Firma del dichiarante _____

La firma va apposta davanti al funzionario incaricato all'atto della registrazione degli accessi alla sala.