



Centro Residenziale Anziani "S. Scalabrini"

**MODELLO DI DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO AI LOCALI PER LO SVOLGIMENTO DEL
BANDO DI CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 4 POSTI DI
OPERATORE SOCIO SANITARIO A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO (EX CAT. B1-
AREA OPERATORI ESPERTI – C.C.N.L. PERSONALE DEL COMPARTO FUNZIONI LOCALI)**

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.