



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Avviso di mobilità volontaria (ex art. 30 del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii.), per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di n. 7 (sette) posti di Operatore Tecnico Specializzato– Autista di Ambulanza (cat. Bs), indetto con D.D.G. n. 459/2021.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto:

Cognome.....nome nato a.....
..... (prov.....) il e residente in.....
..... (prov.) via.....
n.....

DICHIARA

Di non essere affetto dai seguenti sintomi:

- ❖ Temperatura superiore a 37, 5 °C e brividi
- ❖ Tosse di recente comparsa
- ❖ Difficoltà respiratoria
- ❖ 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 abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19
- ✓ Di presentarsi all'ingresso della struttura con il referto relativo ad un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove. **Tale prescrizione si applica anche ai candidati che abbiano già effettuato la vaccinazione per il Covid-19**
- ✓ Di indossare, obbligatoriamente, dal momento dell'accesso all'area concorsuale sino all'uscita, i facciali filtranti FFP2 messi a disposizione dell'amministrazione organizzatrice.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Potenza, _____ Firma _____