



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**AVVISO DI MOBILITÀ VOLONTARIA COMPARTIMENTALE (EX ART. 30 D.LGS 165/2001 E SS.MM.II.), PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 1 (UNO) POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – FISIOTERAPISTA (CAT. D), INDETTO CON D.D.G. N. 360/2022**

## 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 indossare, obbligatoriamente, dal momento dell'accesso all'area sede della prova colloquio sino all'uscita, i facciali filtranti FFP2 messi a disposizione dell'amministrazione organizzatrice, nonché negli spostamenti in luoghi comuni (corridoi, servizi igienici etc.)

*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.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_