



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'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

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

Potenza, _____ Firma _____