



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

CONCORSO PUBBLICO UNICO REGIONALE, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO DI N. 17 POSTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO – CAT. D IN FORMA AGGREGATA TRA LE AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA

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.....

D I C H I A R A

- ✓ 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 i dispositivi di protezione individuale prescritti per legge, i facciali filtranti FFP2 che saranno messi a disposizione da questa Azienda, con copertura del naso e della bocca:
 - ❖ dal momento dell'accesso all'area concorsuale fino al raggiungimento della propria postazione;
 - ❖ 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'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 _____