DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto , nato a il , consapevole delle sanzioni previste in caso di false dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

--------------------------------------------- D I C H I A R A -------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* di NON aver avuto contatti, senza adeguate misure di protezione, con soggetti risultati positivi al Covid19 nei 14 giorni antecedenti alla data della prova concorsuale;
* di ESSERE / NON ESSERE risultato positivo all’infezione da Covid19 a seguito di accertamenti diagnostici (*N.B.* I*n caso di pregressa positività, allegare una certificazione medica che attesta l’avvenuta negativizzazione*).

*Data Firma*

Il sottoscritto presta altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali per gli adempimenti correlati allo svolgimento in sicurezza della procedura concorsuale. I dati forniti saranno gestiti in conformità alle norme previste dal GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali).

*Data Firma*