

AUTODICHIARAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Versione aggiornata al DPCM del 07/09/2020 e alla circolare del Ministero della Salute n. 0032850 del 12/10/2020 contenenti ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a il ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ e residente a _____
prov. _____ indirizzo di residenza: _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, nella qualità di candidato al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura, a tempo indeterminato ed a tempo pieno, di n. 1 posto di Dirigente Medico – Specialista in Anestesia e Rianimazione,

DICHIARA:

- ☐ di impegnarsi ad osservare comportamenti corretti ai fini della prevenzione della diffusione del COVID - 19 e di attuare tutte le raccomandazioni e procedure indicate a tal fine nella sede di svolgimento della prova;
- ☐ di non essere soggetto a periodo di isolamento o quarantena obbligatoria secondo le disposizioni governative;
- ☐ di non presentare in data odierna, e di non aver presentato nei tre giorni precedenti, febbre > 37,5° C o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, difficoltà respiratorie, mal di gola, ecc);
- ☐ di non essere positivo al Covid-19, per quanto di propria conoscenza;
- ☐ di non avere e di non aver avuto sintomi riconducibili al Covid-19 nei 14 giorni precedenti;

POSITIVITÀ AL COVID

- ☐ di essere stato positivo sintomatico al Covid-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo, eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi;

☐ di essere stato positivo asintomatico al Covid-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo;

☐ In ogni caso, se si è risultati positivi al Covid-19, è possibile effettuare le prove concorsuali solo se si dispone di una certificazione medica che attesti la riammissibilità in comunità, ai sensi degli indirizzi del Ministero della Salute – Circolare del 12/10/2020, o di un esito negativo a un tampone antigenico rapido o molecolare effettuato nelle 48 ore precedenti il giorno della prova.

QUARANTENA CAUTELATIVA OBBLIGATORIA

Nell'ipotesi di contatti stretti con persone positive al Covid-19:

☐ di aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;

☐ di aver osservato un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo, effettuato il decimo giorno.

SPOSTAMENTI ESTERO negli ultimi 10 giorni

☐ di non aver soggiornato all'Esteri negli ultimi 10 giorni;

In caso affermativo, specificare di seguito la data di conclusione della quarantena o isolamento domiciliare, indicando l'esito (positivo / negativo), se conosciuto. Indicare altresì se negli ultimi 10 giorni si è rientrati dall'estero e, in tal caso, da quale paese, ai sensi del D.P.C.M. del 07/09/2020:

- Data di inizio quarantena o isolamento domiciliare: _____
- Data di conclusione di quarantena o isolamento domiciliare: _____
- Esito del periodo di quarantena/isolamento – se conosciuto: _____
- Paesi Esteri da cui si è rientrati negli ultimi 10 giorni: _____
- Data di rientro in Italia: _____

VACCINAZIONI

☐ di essere stato vaccinato I dose;

☐ di essere stato vaccinato II dose.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e data _____

Firma leggibile dell'interessato: _____