


**MODULO COVID**

**DA CONSEGNARE ALLA PROVA COLLOQUIO**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a 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 AVERE una temperatura superiore a 37.5°C e brividi;

di NON AVERE tosse di recente comparsa;

di NON AVERE difficoltà respiratoria;

di NON AVERE perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);

di NON AVERE mal di gola;

di NON ESSERE attualmente sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

**D I C H I A R O I N O L T R E**

di PROVVEDERE ad indossare **obbligatoriamente** dal momento dell'accesso all'area concorsuale sino all'uscita, i facciali filtranti FFP2 messi a disposizione dall'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana;

ALLEGA il referto negativo relativo al proprio test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo ed eseguito presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata di data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento della prova, **nel caso di assenza di green pass in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a 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 \_\_\_\_\_