



# Comune di Fontanelle

Provincia di Treviso

p.zza G. Marconi, 1 – cap 31043  
telefono 0422 809157  
fax 0422 809138 (palazzo municipale)  
cod. fisc. 80011410265  
part. iva 01519300261  
E-mail: info@comune.fontanelle.tv.it  
http://www.comune.fontanelle.tv.it

## CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA DI UN POSTO DI ISTRUTTORE DIRETTIVO-ASSISTENTE SOCIALE – CAT. D

### AUTODICHIARAZIONE COVID-19 RILASCIATA AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE ALLE PROVE CONCORSUALI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ documento di \_\_\_\_\_ riconoscimento \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

ai fini del sostenimento della seguente prova d'esame:

- PROVA PRESELETTIVA
- PROVA SCRITTA
- PROVA ORALE

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000

- di non presentare i seguenti sintomi:
  - a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
  - b) tosse di recente comparsa;
  - c) difficoltà respiratoria;
  - d) 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 dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno della sede concorsuale. Pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

o Consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

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

Allegato: fotocopia documento d'identità