

PROCEDURA SELETTIVA PER LA PROGRESSIONE VERTICALE, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 12 POSTI A TEMPO INDETERMINATO/PIENO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO INQUADRATI NELLA CATEGORIA GIURIDICA B POSIZIONE ECONOMICA B3

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 DA CONSEGNARE ALL'INGRESSO DELLA SEDE DOVE SI SVOLGERA' LA PROVA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (____),
residente in _____, provincia (____),
via _____,

a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dalla normativa in materia di COVID-19 - consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni rese e sottoscritte hanno valore di autocertificazione e, pertanto sottoponibili a verifica da parte dell'Amministrazione; - a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in caso di falsa dichiarazione .

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere positivo al COVID-19;
- di non essere sottoposto ad isolamento fiduciario domiciliare in quanto risultato positivo al virus COVID 19 ,
- di non presentare febbre superiore ai 37,5 gradi o altri sintomi riconducibili al Covid 19 quali tosse secca, sensazione di fame d'aria associate ad anosmia e/o disgeusia, diarrea, mal di gola o raffreddore;
- di essere a conoscenza delle misure preventive adottate in occasione della selezione in oggetto e pertanto di attenersi alle indicazioni fornite dall'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona in merito alle norme di sicurezza, prevenzione e tutela della salute pubblicate sul sito www.aspravennacerviaerussi.it in relazione alla selezione in oggetto ;
- di essere consapevole del dovere di attenersi a tali misure ed indicazioni e di impegnarsi pertanto ad adottare, durante la prova selettiva e nelle diverse fasi della stessa, tutti i comportamenti nonché le misure di contenimento necessarie a prevenire la diffusione del contagio da Covid 19, ivi compreso l'utilizzo di mascherina chirurgica fornita dall'Ente, dal momento dell'ingresso sino all'uscita dalla sala dove si svolgeranno le prove ;
- di essere stato/a vaccinato/a non essere stato/a vaccinato/a

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza pandemica da COVID 19.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa resa all'interessato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del regolamento europeo 679/2016 in materia di trattamento dei dati personali. Si informa il richiedente che i suoi dati personali, riportati nel modulo di richiesta, saranno trattati mediante strumenti manuali ed informatici. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ed è limitato ai soli dati strettamente necessari per il periodo della procedura selettiva.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP Ravenna Cervia e Russi, nei confronti della quale potranno essere esercitati i diritti di cui all'artt. 12-23 del R.E. 679/2016.