

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi degli artt. 75, 76 del medesimo DPR 445/2000:

- di non essere affetto/a da uno o più dei seguenti sintomi:
  - a) Temperatura superiore a 37,5° 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.
- di aver effettuato in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata con esito negativo, il cui referto si impegna a presentare all'atto dell'ingresso nell'area concorsuale.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il conferimento dei dati personali è obbligatorio per sostenere il suddetto esame e che tali dati saranno trattati secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. e dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Roma, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_