

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni previste in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- di **NON aver avuto contatti**, senza adeguate misure di protezione, con soggetti risultati positivi al COVID-19 nei 14 giorni antecedenti alla data della prova selettiva;
- di **ESSERE / NON ESSERE** rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni dai paesi per i quali sussiste l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti diagnostici ai sensi della normativa vigente, né di aver avuto contatti stretti con persone che sono rientrate dai sopra citati paesi (N.B. *In caso di risposta affermativa, allegare una certificazione medica che attesti la negatività*);
- di **ESSERE / NON ESSERE** risultato positivo all'infezione da COVID-19 a seguito di accertamenti diagnostici (N.B. *In caso di pregressa positività, allegare una certificazione medica che attesta l'avvenuta negativizzazione*)  
*OPPURE*
- di **NON AVERE** mai eseguito accertamenti diagnostici relativi all'infezione da COVID-19.

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 selettiva. 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 \_\_\_\_\_