## **AUTODICHIARAZIONE RESA Al SENSI DEGLI ARTICOLI 46 e 47 del DPR n. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, documento di riconoscimento (tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell'accedere presso l’Aula sita al primo piano del Padiglione Asclepios all’interno del Policlinico di Bari, per la prova selettiva pratica del profilo di **OPERATORE DI CALL-CENTER SANITARIO** della **SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI FINALIZZATA ALL’ASSUNZIONE DI 35 OPERATORI DI CALL-CENTER SANITARI E DI 5 OPERATORI TECNICI-INFORMATICI CAT. B CCNL AIOP “SANITÀ PRIVATA PERSONALE NON MEDICO” CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO FULL TIME O PART TIME CON POSSIBILE TRASFORMAZIONE A TEMPO INDETERMINATO**, consapevole che, nel caso di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

* di non presentare i seguenti sintomi: temperatura superiore a 37,5°C e brividi o sintomatologia simil influenzale/simil Covid-19/polmonite (tosse di recente comparsa; difficoltà respiratoria; perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia); perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia); 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;
* di non essere risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;
* di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni, in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI), con soggetti risultati positivi al Covid-19 o ancora sottoposte alla misura della quarantena in attesa di tampone;
* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati.

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Ue 679/2016.

Bari, …………..

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione fotocopia del documento d’identità.***