**AL COMUNE DI TRADATE (VA)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 46 e 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto …..................................................................................................................…. .

residente a ….......................................... in via …...................................................................

Vistol'art. 1, comma 10) lettera z) del DPCM 14.01.2021;

Vistoil Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici di cui all'art. 1 comma 10 lettera z) del DPCM 14.01.2021 del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per i concorsi e il reclutamento- prot. n. 7293 del 03.02.2021;

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000;

**DICHIARA**

Ai fini dell’accesso e della permanenza nell'area concorsuale per lo svolgimento delle prove del concorso pubblico per esami per la copertura di n. 2 posti di Istruttore Amministrativo Contabile – categoria giuridica C – a tempo pieno (36 ore settimanali) e indeterminato di cui n. 1 posto riservato a volontari delle Forze Armate in congedo:

* di non essere affetto da nessuno dei 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;
* di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

….....................................

*Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore.*