# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

**Rilasciata in occasione del colloquio relativo alla procedura di mobilità volontaria per la copertura di n. 1 posto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Categoria \_\_\_\_ - a tempo pieno e indeterminato, indetto dalla Provincia di Benevento.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

***ai sensi e per gli effetti 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti,***

* di non essere sottoposto alla misura della quarantena o provvedimento restrittivo analogo;
* di non essere risultato positivo al virus COVID-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;
* di non presentare alcuno di questi sintomi: febbre superiore a 37,5°, mal di gola, rinorrea, tosse difficoltà respiratoria (dispnea) e sintomatologia simil influenzale/simil COVID- 19/polmonite;
* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione dal contagio da COVID-19.

Il/La sottoscritt\_\_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente dichiarazione vengano trattati nel rispetto del Regolamento (UE) n.2016/679 nonché, per quanto applicabile, del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i, **per l’accesso ai locali sede di svolgimento del colloquio** della procedura di mobilità sopra precisata.

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

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