

Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Dirigente Farmacista disciplina di Farmacia Ospedaliera - Direttore della Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera e Territoriale (scaduto in data 09/06/2022)

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
(ai sensi del "Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici" emanato dal Ministero della Salute in data 25/05/2022)

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto nato il/...../..... a..... (.....)
residente a (.....) via..... n°
documento di identità..... n°
rilasciato da in data/...../.....
nell'accedere presso i locali d'esame

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.p.r. n. 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- ☐ Di non essere sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

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.

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo

Data

Firma (leggibile)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

