

## DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO STATO DI SALUTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali  
richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti  
falsi

### DICHIARA

*(una crocetta in corrispondenza alla dichiarazione che si intende effettuare)*

- 1) di non essere affetto da patologia febbrile con temperatura superiore ai 37,5°C;
- 2) di non presentare uno o più dei seguenti sintomi: temperatura superiore a 37,5°C e brividi; 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;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora ovvero di non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività al SARS-CoV-19;
- 4) **di non aver avuto "contatto stretto", negli ultimi 10 giorni, con un caso positivo conclamato, di Covid-19;**  
**oppure**
- 4-Bis) **di aver avuto "contatto stretto", negli ultimi 10 giorni, con un caso positivo conclamato, di Covid-19 ed aver effettuato un test antigenico o molecolare con un esito negativo il 5° giorno (autosorveglianza) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare la data di effettuazione del test);**
- 5) di non essere rientrato in Italia, negli ultimi 10 giorni, da uno Stato estero per il quale è prevista la quarantena;
- 6) di essere risultato positivo asintomatico alla ricerca del virus da Covid-19 e di aver rispettato un periodo di isolamento di ..... giorni dall'accertamento della positività, terminato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al termine del quale ha effettuato un test molecolare e/o antigenico in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare la data di effettuazione del test), con risultato negativo (compilare solo in caso di pregressa positività al Covid-19);
- 7) di essere risultato positivo asintomatico alla ricerca del virus da Covid-19 e di aver rispettato un periodo di isolamento di ..... giorni dalla scomparsa dei sintomi terminato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al termine del quale ha effettuato un test molecolare e/o antigenico in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare la data di effettuazione del test), con risultato negativo, eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (compilare solo in caso di pregressa positività al Covid-19);
- 8) di aver preso visione del Protocollo e delle misure di sicurezza e tutela della salute per la prevenzione del contagio da Covid-19, pubblicate dalla Regione Basilicata sul proprio sito istituzionale e di essere consapevole di doverlo osservare;
- 9) di impegnarsi ad informare tempestivamente l'Ordine dei Medici della presenza di qualsiasi sintomo influenzale insorto durante l'espletamento della prova concorsuale, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti e di non togliere mai la mascherina.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il documento verrà conservato dall'Amministrazione per il tempo strettamente necessario e, comunque, non superiore a 30 giorni.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e per esteso)