

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000 RILASCIATA IN
OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA PUBBLICA

DEL GIORNO/...../2021

per l'ammissione ai Percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno
agli alunni con disabilità, a.a. 2020/2021 per

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia | <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di primo grado |
| <input type="checkbox"/> Scuola primaria | <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di secondo grado |

Il sottoscritto Cognome.....
Nome.....Luogo di nascita
.....Data di nascita
Residente in.....Prov.Cap.....
Via..... Nazionalità.....
tel.....cell. e-mail
Documento di identità..... n.....Rilasciato da
.....in data.....

consapevole delle conseguenze amministrative della decadenza dai benefici conseguiti dal dichiarante (art. 75 del d.P.R.n. 445/2000) e delle conseguenze penali previste dalla legge (art. 76 d.P.R. n. 445/2000, art. 495 c.p. e art. 483 c.p.) qualora siano rese dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

per quanto di propria conoscenza:

- come candidato; come personale di ateneo; componente Commissione d'aula; personale di vigilanza
- di aver preso visione delle misure di sicurezza e a tutela della salute, nella sezione dedicata del sito istituzionale degli Atenei e di adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione previste come misure di prevenzione dalla diffusione del contagio da COVID-19 ai sensi della normativa vigente;
- di non avere o avere avuto sintomi (ad es. febbre, mal di gola, raffreddore, nausea, brividi, mal di testa, tosse, diarrea, vomito) riconducibili al COVID-19 nei 14 giorni precedenti;
- di essere stato positivo sintomatico al COVID-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia -perdita o alterazione del gusto e dell'olfatto- che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo, eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi;
- di essere stato positivo asintomatico al COVID-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo.

Nel caso di contatti stretti con persone positive al COVID-19:

- di aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;
- di aver osservato un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo, effettuato il decimo giorno.
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

Dichiara altresì:

di avere eseguito un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata, in data non antecedente a 48 ore dalla data odierna, **di cui è a produrre la certificazione verde;**

oppure

- di aver completato il percorso vaccinale per il COVID 19, **di cui è a produrre la certificazione verde.**
- di essersi sottoposto alla prima dose di vaccino per il COVID 19 da almeno 15 giorni, **di cui è a produrre la certificazione verde.**
- avvenuta guarigione da Covid 19 **di cui è a produrre la certificazione verde.**

La presente autodichiarazione viene resa quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del COVID-19. Essa, unitamente agli allegati esibiti (referto del test antigenico rapido o molecolare ovvero certificato di effettuazione del percorso vaccinale, certificato di guarigione dal Covid), è condizione indispensabile per la partecipazione alla procedura concorsuale.

Arezzo, il

Firma leggibile

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 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 n. 679/2016.

Arezzo, il

Firma leggibile

Allegare copia del documento di identità o firmare alla presenza dell'addetto, previa identificazione.

- Pregasi di compilare in ogni parte, barrando con x la condizione esistente e mantenere lo scritto ordinato e leggibile. Non sono accettate dichiarazioni incomplete e prive dei certificati richiesti e non si è ammessi senza consegna della dichiarazione e dei certificati richiesti e verificati