



*Autorità di bacino distrettuale delle Alpi Orientali*

OGGETTO: Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 1 posto a tempo indeterminato, con tipologia di lavoro a tempo pieno da inquadrare nell'area C, posizione economica C1, con profilo professionale di funzionario amministrativo-economico, in prova nei ruoli dell'Autorità di bacino distrettuale delle Alpi orientali. Comunicazione ai candidati

I candidati al concorso dovranno:

- 1) **presentare** all'atto dell'ingresso nell'area concorsuale **un referto relativo ad 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 di svolgimento delle prove
- 2) presentarsi da soli e senza alcun tipo di bagaglio (salvo situazioni eccezionali, da documentare);
- 3) non presentarsi presso la sede concorsuale se affetti da uno o più 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.
- 4) non presentarsi presso la sede concorsuale se 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;
- 5) indossare obbligatoriamente, dal momento dell'accesso all'area concorsuale sino all'uscita, la/e mascherina/e chirurgica/he messe a disposizione dall'amministrazione organizzatrice.

Gli obblighi di cui ai numeri 3 e 4 devono essere oggetto di un'apposita autodichiarazione da prodursi ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (fac simile allegato alla presente).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_,

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000;*

DICHIARA:

- 1) di non essere affetto da uno o più 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.
  
- 2) 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.

*Dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.*

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità)