

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000
MISURA PREVENZIONE DIFFUSIONE DEL CONTAGIO DA COVID

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

consapevole delle conseguenze penali previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

di essere sottoposto a Isolamento fiduciario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alla sede di espletamento delle prove d'esame.

Informativa circa il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016. La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che la nostra Azienda procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari.

I dati personali da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza, in considerazione alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID 19.

All'interno della nostra Azienda i dati potranno essere conosciuti solo dai soggetti specificatamente autorizzati e istruiti.

Titolare del trattamento è l'ASL Città di Torino. L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento UE. I suoi dati personali saranno distrutti appena rientrata l'emergenza sanitaria in corso.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del Protocollo Covid di sicurezza adottato per ridurre il rischio di contagio in occasione dell'espletamento delle prove concorsuali.

Firma del candidato: _____ data _____