



# ASPAM

Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano

## MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

All'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano - ASPAM

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a il..... a .....

candidato/a al concorso pubblico, per titoli, prova scritta e orale per la formazione di una graduatoria relativa al profilo professionale di educatore asilo nido- Categoria C, posizione giuridica C1 – per assunzioni a tempo pieno o parziale e indeterminato indetto da Aspam

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci:

#### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

#### Eventuale esposizione al contagio

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



A S P A M

Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano

**Ulteriori dichiarazioni**

---

---

---

---

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre l'Azienda Speciale Servizi alla Persona Alto Mantovano ASPAM al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Castiglione delle Stiviere, .....

Firma per esteso e leggibile