



# COMUNE DI ALLISTE

- PROVINCIA DI LECCE -

CODICE FISCALE 81000570754 – TEL. 0833/902713

## ALLEGATO 1

MISURE E PROCEDURE DI CONTENIMENTO SARS-COV-2

PROTOCOLLO ANTI-CONTAGIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
alla via \_\_\_\_\_,  
identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato  
da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

- di non essere sottoposto/a alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione, come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID - 19;
- di essere a conoscenza delle vigenti misure di contenimento del contagio.

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 successive modificazioni, 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 presente documento verrà conservato dall'Amministrazione per il tempo strettamente necessario.

Infine, si evidenzia che ciascun candidato dovrà esibire la presente dichiarazione, unitamente alla copia di un documento di identità valido, nei giorni indicati per ciascuna sessione di prova.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_