



POLITECNICO
MILANO 1863

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER LA PARTECIPAZIONE AI CONCORSI PUBBLICI DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

La/il sottoscritta/o _____ CF: _____
nata/o il ____/____/____ a _____ (____) residente in _____
(____) via _____ nr. _____ partecipante al concorso
_____ con sede di svolgimento presso la struttura del Politecnico di Milano
sita in _____

dichiara:

1. di accedere agli spazi universitari in data ____/____/____;
2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni penali, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
3. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad es. febbre superiore a 37,5°, informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria;
4. di essere a conoscenza che l'accesso agli spazi universitari è precluso a chi, negli ultimi 28 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
5. di essere a conoscenza dell'obbligo di dichiarare tempestivamente laddove sussistano condizioni di potenziale pericolo (provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 28 giorni precedenti, etc.), avendo cura di rimanere a adeguata distanza dalle persone presenti;
6. di essere a conoscenza che l'accesso al Politecnico di Milano di soggetti già risultati positivi all'infezione da COVID-19 deve essere preceduto da preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti di essersi sottoposto al tampone e di aver avuto esito negativo, secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
7. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nei protocolli: - GESTIONE DEL RISCHIO DA COVID-19- PIANO DI MITIGAZIONE DEL CONTAGIO SUL LUOGO DI LAVORO, - LINEE GUIDA PER LO SVOLGIMENTO DEI CONCORSI PUBBLICI IN PERIODO DI "EMERGENZA COVID19".

Si allega copia di un documento di riconoscimento

Data _____ Firma _____