AUTOCERTIFICAZIONE RILASCIATA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MOBILITA' PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE – CAT. D A TEMPO PIENO

Il sottoscritto_____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Documento identità n. _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Virus SARS-COV-2;
- di non essere sottoposto alla misura di quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del Virus SARS-COV-2;
- di non presentare febbre >37,5° o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, ecc.);
- di essere consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS-COV-2.

Luogo e Data, _____ Firma _____

NB allegare copia documento di identità in corso di validità
L'OMISSIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE COMPORTA L'IMPOSSIBILITA' DI ACCEDERE ALLE AREE CONCORSUALI.