



SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

**AUTOCERTIFICAZIONE RILASCIATA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MOBILITA' PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ORTOTTISTA (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. 445/2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di non essere sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

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

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

Firma \_\_\_\_\_

**NB: allegare copia del documento d'identità in corso di validità.**

**L'OMISSIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE COMPORTA L'IMPOSSIBILITA' DI ACCEDERE ALLE AREE CONCORSUALI.**

