

ARST S.p.A.

Selezione Pubblica per la compilazione di una graduatoria di Operatori di Esercizio

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

Il/La sottoscritto/a (cognome nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

documento N. _____ rilasciato il _____ da _____

consapevole delle conseguenze previste dall'art 75 e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA AI SENSI DEGLI artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 QUANTO SEGUE:

- Di non essere affetto da COVID-19
- Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C e brividi;
- Di non accusare al momento o negli ultimi giorni
 - a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - e) mal di gola.
- Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o 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 in possesso di green pass valido e di essere a conoscenza che all'ingresso ne verrà verificata la validità

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dalla data della prova all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Luogo e data: _____, _____

In Fede
Firma leggibile del Dichiarante
