

Selezione Pubblica per titoli ed esami per la costituzione di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato per il profilo professionale di Specialista Tecnico Amministrativo par. 193 (Area professionale 2^a area operativa amministrazione e servizi c. c. n. I. autoferrotranvieri)

Area Bilancio e Finanza

Bando pubblicato sul BURAS parte III n. 12 del 12 marzo 2020

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 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C e brividi;
- Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), perdita improvvisa o diminuzione di olfatto (anosmia/iposmia), alterazione gusto (disgeusia);
- 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 della certificazione verde COVID-19 (Green Pass) o aver eseguito test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove, di cui ho con me il relativo referto da esibire.

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
