

ALLEGATI: 1) Dichiarazione assenza covid-19

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' EX ART 47 DEL D.P.R. n° 445/2000.

Cognome: _____

Nome: _____

Nato a _____ (_____)

in data: _____

Codice Fiscale: _____

residente a _____ (_____)

in Via/Piazza _____

indirizzo mail _____ cell. _____

Nella piena consapevolezza delle responsabilità penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
2. di non avere avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
3. di essere risultato positivo al COVID-19 e di disporre di una certificazione medica che attesti la riammissibilità in comunità;
4. di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) nelle ultime due settimane;
5. di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto);
6. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel piano di sicurezza per lo svolgimento delle procedure concorsuali di Azienda Isola e finalizzato al contrasto e il contenimento virus SARS-CoV-2, pubblicato in formato elettronico sul sito istituzionale.

Si allega copia di un documento di riconoscimento, fatta salva la possibilità di firmare la seguente dichiarazione alla presenza di un Funzionario incaricato.

Terno d'Isola, li _____

In fede

VISTO: Il Funzionario Incaricato _____