

ARPAS

CONCORSO PUBBLICO PER N. 6 POSTI DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CATEGORIA D, CCNL COMPARTO SANITA'

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME NOME) _____

NATO/A A _____ IL _____ Residente a _____

in Via/Piazza _____ numero civico _____

Documento N. _____ RILASCIATO IL _____ DA _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 e 47 del DPR 445/2000, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI FALSE ATTESTAZIONI QUANTO SEGUE:

- Di non essere affetto da COVID-19 e di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria;
- Di non manifestare uno dei seguenti sintomi:
 - ✓ temperatura uguale o superiore a 37,5° C e brividi;
 - ✓ tosse di recente comparsa;
 - ✓ difficoltà respiratoria;
 - ✓ perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto;
 - ✓ mal di gola.
- Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa degli stessi sintomi sopraindicati;
- Di essere in possesso del Certificato Verde (Green Pass), che esibisce all'atto dell'identificazione al personale autorizzato.
- Di aver preso visione del "Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici", redatto dal Dipartimento della Funzione pubblica in data 15 aprile 2021, e del Piano operativo adottato da ARPAS, entrambi disponibili nel sito istituzionale dell'Agenzia.

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
