Allegato 1

Spett.le
IPAB Casa di Riposo "A. Rossi"

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER SOLI ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO

Il/La sottoscritto/a _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate dall'amministrazione sul proprio portale dei concorsi;
- di non avere i seguenti sintomi:
  - temperatura corporea maggiore di 37,5° C e brividi;
  - tosse di recente comparsa;
  - difficoltà respiratoria;
  - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
  - mal di gola;
- di non essere sottoposto a misure 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 consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV2.

Data _____ Firma_____