

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

Il/la sottoscritto/a (cognome nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_

candidato alla selezione \_\_\_\_\_

**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 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 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 del Green Pass.

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

\_\_\_\_\_