

AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a,

Cognome..... Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Documento di riconoscimento

Ruolo: ☐ Componente della Commissione ☐ Personale di vigilanza ☐ Candidato

- ai fini dell'accesso ai locali sede delle prove concorsuali del concorso di **Farmacista cat.D;**

- ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. di non essere affetto/a da nessuno dei seguenti sintomi:
 - temperatura corporea superiore a 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;
2. di non essere sottoposto/a 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.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza sanitaria da virus Covid-19 ed in ottemperanza al Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici emanato dal Dipartimento della Funzione Pubblica prot. n. 25239 del 15/04/2021.

Luogo e data

Firma leggibile (dell'interessato)

.....

La presente dichiarazione viene consegnata nel momento delle operazioni di riconoscimento per il primo accesso ai locali delle prove concorsuali.