

AUTOCERTIFICAZIONE SELEZIONI

Il/La sottoscritto/a.....
(cognome e nome)

ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 76 del predetto D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere alla data attuale uno o più dei seguenti sintomi:

- a. temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
- b. tosse di recente comparsa;
- c. difficoltà respiratoria;
- d. perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- e. mal di gola.

DICHIARA INOLTRE

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.

Luogo e data.....

Firma autografa