**COMUNE DI SEUI**

**PROVE SCRITTE** DEL CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N.1 POSTO DI ISTRUTTORE CONTABILE TRIBUTI A TEMPO INDETERMINATO E PART TIME AL 41,667% (N.15 ORE SETTIMANALI) CAT. C, POS. ECON. C1 - CCNL COMPARTO FUNZIONI LOCALI, DI CUI N. 1 POSTO RISERVATO AI VOLONTARI DELLE FFAA FORZE ARMATE ARTT. 678 E 1014 DEL D. LGS. N. 66/2010

**AUTODICHIARAZIONE COVID 19 - PROVE SCRITTE**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**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 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 non essere affetto da COVID-19;
* Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C e brividi;
* Di non accusare al momento tosse di recente comparsa, difficoltà respiratoria, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), alterazione o perdita di olfatto/gusto;
* Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
* Di aver eseguito test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove di cui ho con me il relativo referto da esibire e di essere a conoscenza che senza non è possibile essere ammessi in sede di esame.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_