

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE AUTODICHIARAZIONE AI SENSI
DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a il ____/____/_____ a _____ (____),
residente in _____ (____),
Via _____ n. _____
Tel. _____
E-mail _____

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA

- di non avere:

- a) temperatura corporea (febbre) 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;
- f) 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;
- g) di aver preso visione del protocollo aziendale di sicurezza anti-contagio Covid19 e di impegnarsi a rispettare tutte le indicazioni contenute e/o impartite dal personale dell'Istituto.

- **si allega obbligatoriamente:**

- a) COPIA di un referto di un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove;
- b) oppure Green Pass formato CARTACEO o PDF leggibile (no QR code)

N.B:Si ricorda che in assenza della conformità da parte del candidato di quanto sopra richiesto, sarà preclusa la possibilità di sostenere le prove concorsuali.

Lì, _____

Firma del dichiarante