

AUTODICHIARAZIONE COVID — 19  
(ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI DICHIARA QUANTO SEGUE:

di non essere attualmente affetto da COVID-19 e di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;

di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;

di non accusare al momento, tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dall'espletamento della prova concorsuale all'autorità sanitaria locale.

Firma leggibile del Dichiarante \_\_\_\_\_