



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE
ALLA SELEZIONE INTERNA PER LA PROGRESSIONE VERTICALE DI N. 3 POSTI
NEL PROFILO PROFESSIONALE DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – CAT. C**

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Documento _____ di _____ identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- Di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- Di non presentare febbre $> 37,5^{\circ} \text{C}$ o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, ecc.);
- Di essere consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19
- Di essere in possesso di una delle una delle certificazioni verdi COVID-19 (Green Pass), così come previsto dal DL 52 del 22/04/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 87 del 17/06/2021 ed integrato dal DL 105 del 23/07/2021.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV2.

Luogo e Data, _____ Firma _____