



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

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA BORSA DI STUDIO RIVOLTA A LAUREATI IN PSICOLOGIA finalizzata alle attività di studio e ricerca nell'ambito del progetto: *"Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum"*, da svolgersi presso il Consultorio Familiare dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola emessa con determinazione n. 269 del 09.05.2022

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 aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate dall'amministrazione sul proprio portale dei concorsi (in alternativa comunicate tramite mail o PEC);
- Di non essere sottoposto a misure 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° 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 selezione della Borsa di Studio, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

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

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_