



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**Autodichiarazione rilasciata in occasione della partecipazione alla PROVA ORALE
dell'Avviso Pubblico riservato agli iscritti negli elenchi del collocamento obbligatorio dei disabili,
di cui all'art. 8, comma 2, della legge n. 68/99 e s.m.i., per Operatore Tecnico
VIDEOTERMINALISTA cat. B**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Documento 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 RESPONSABILITÀ

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate sul sito web dell'amministrazione di seguito alla comunicazione di convocazione;
- 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°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;

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Forlì, 11 febbraio 2022

Firma _____