

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritt_____
 nat__ a_____ il ___/___/_____ con riferimento all'Avviso pubblico di
 Dirigente Medico di_____,
 consapevole che la violazione degli obblighi enunciati a carico dei candidati determina l'esclusione
 dalla procedura, ai sensi di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla
 responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei
 benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non
 veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale
 responsabilità

DICHIARA

- di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
 - temperatura superiore a 37,5° C;
 - tosse;
 - difficoltà respiratoria;
 - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- 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 COVID-19 ovvero di non essere risultato positivo al Covid19;
- di non aver avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid19 negli ultimi 14 giorni;
- di esibire certificazione verde COVID-19.

Chieti, _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.13 D.L. 30.06.2003 n.196, aggiornato dal D.L. 101/2018, autorizzo il trattamento dei dati dichiarati, ai soli fini del contenimento della diffusione del contagio da Covid19 e limitatamente allo svolgimento della presente procedura.

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.