

AUTODICHIARAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SCRITTA DEL CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A 189 POSTI DI PROFESSIONISTA MEDICO DI PRIMA FASCIA FUNZIONALE NEI RUOLI DEL PERSONALE DELL'INPS

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Documento di identità n. _____

Rilasciato da _____ il _____

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
 - a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - e) mal di gola;

- di non essere stato 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 da COVID-19.

Roma _____

Firma
