

**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PROVA CONCORSUALE
PER N. 1 POSTO DI "SPECIALISTA TECNICO - FARMACISTA" CAT. D
PRESSO IL COMUNE DI POGGIBONSI (SI)
DET. DIR. n. 123/AG del 26/10/2020 e n. 134/AG del 23/11/2020**

(da stampare, compilare e consegnare al Concorso)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente a
_____ Via/P.zza/Loc. _____
Documento di identità n° _____ rilasciato il _____ da

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di tenere corretti comportamenti da osservare nella sede di svolgimento delle prove, ai fini della prevenzione della diffusione del COVID-19 e di impegnarsi ad attuare tutte le raccomandazioni e procedure indicate;
- di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena o isolamento fiduciario obbligatorio negli ultimi 14 giorni;
- di non essere a conoscenza di essere entrato in contatto stretto con un caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non essere risultato positivo a COVID-19 oppure di essere risultato positivo, ma di possedere idonea certificazione medica da cui risulta l'"avvenuta negativizzazione" secondo le modalità previste, rilasciata dal Dipartimento di prevenzione territoriale di competenza o altra Autorità sanitaria competente;
- di non presentare febbre (temperatura corporea superiore a 37,5° C) nè sintomatologia simil-influenzale (es. tosse, alterata percezione dei sapori/odori, disturbi gastro-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 dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza pandemica del COVID-19.

Luogo e data: _____

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante
