AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SCRITTA DEL A**VVISO PUBBLICO, PER TITOLI E PROVA, PER IL CONFERIMENTO, AI SENSI DELL’ART. 15 OCTIES DEL D.LGS. 502/92 E SS.MM.II., DI N. 1 INCARICO A TEMPO DETERMINATO, DELLA DURATA DI MESI DICIOTTO (18), DI N. 1 COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE- BIOTECNOLOGOCO (CAT D) PER L’ATTUAZIONE DEL PROGETTO RF-2016-02364383, “ADOPTIVE IMMUNOTHERAPIES WITH REGOLATORY AND CONVENTIONAL T CELLSAND/OR NATURAL KILLER CELLS: SAFE AND EFFECTIVE STRATEGIES TO MINIMIZE THE RISK OF LUKEMIA RELAPSE AFTER ALLOGENIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSLANTATION”- CUP I91F20000000001 DA SVOLGERSI PRESSO LA U.O.S.D. ITCS E BIOBANCHECON ANNESSA CELL FACTORY AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGICO – EMATOLOGICO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PESCARA**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a 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 RESPONSABILITÀ**

* di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
* temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
* tosse di recente comparsa;
* difficoltà respiratoria;
* perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
* mal di gola;
* 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 da COVID-19;
* allega, infine, copia del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_