

**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE
AL'AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO QUINQUENNALE DI
DIRETTORE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI MEDICINA INTERNA – AREA
MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE - PER LE ESIGENZE DELLA UOC DI
MEDICINA INTERNA DEL P.O. 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;
- ✚ di presentare il certificato Verde Covid-19 (Green Pass).

Data _____

Firma _____