

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER ATTRIBUZIONE DI INCARICO QUINQUENNALE DI DIRETTORE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI PSICHIATRIA - AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE - PER LE ESIGENZE DELL'UOC CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA NORD DELLA ASL 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 sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;

Data _____

Firma _____