

**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 GENERALE DEL P.O. DI PENNE.**

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 \_\_\_\_\_