

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/lasottoscritto/a _____

nato/a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARO:

- di non essere affetto/a da sintomi influenzali connotati da presenza di febbre (temperatura corporea superiore 37.5 °C) e tosse e/o difficoltà respiratoria o altri sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19, (tosse persistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea);
- di non essere entrato/a in contatto negli ultimi 15 giorni con persone risultate positive al virus COVID-19;
- di impegnarmi al rispetto di tutte le misure di prevenzione prescritte dalla Commissione di concorso per Operatore Socio Sanitario al fine di prevenire la diffusione del COVID-19 e di rispettare integralmente quanto prescritto.

3

Mirano li _____

Firma del dichiarante
