**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA SINTOMATOLOGIA E PRESA VISIONE PIANO OPERATIVO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | | |  | | | | | | Nato/a | | |  |
| il |  | | | | | Prov. |  | residente a | | | |  | |
| Prov. | |  | In Via | |  | | | | Tel. | |  | | |

In relazione al **CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA DI UN POSTO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI EDUCATORE PRIMA INFANZIA NEL SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA, SERVIZIO ASILO NIDO, CATEGORIA C – POSIZIONE ECONOMICA 1.**

**DICHIARA**

A termini degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni di cui all’art. 76 del suddetto D.P.R,

* Di non manifestare i seguenti sintomi:

a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;

b) tosse di recente comparsa;

c) difficoltà respiratoria;

d) perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia),

perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);

e) 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 non essere a conoscenza di aver avuto contatti diretti con soggetti che hanno manifestato i suddetti sintomi;
* Di aver preso visione e di accettare interamente il Piano operativo di sicurezza predisposto dall’Ente.

Il sottoscritto è consapevole che, qualora una o più delle sopraindicate condizioni non dovesse essere soddisfatta, ovvero in caso di rifiuto a produrre l’autodichiarazione, gli sarà inibito l’ingresso all’area concorsuale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_