AUTODICHIARAZIONE OBBLIGHI COVID

RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA ORALE DEL CONCORSO PUBBLICO, PER ESAMI, PER LA COPERTURA DI TRE POSTI A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI ISTRUTTORE CONTABILE - CATEGORIA C - POSIZIONE ECONOMICA C1 - COMPARTO FUNZIONI LOCALI, FISSATA PER IL 07.04.2022 .

| Il/la sottoscritto/a | | |
|--|----------------------------|---|
| nato/a a | il | residente in, |
| alla via | n, | Documento di riconoscimento n. |
| rilasciato da | il _ | , ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 |
| e sotto la propria responsabilità, c | onsapevole delle sanzion | ni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione |
| o uso di atti falsi, richiamate dall'a | art. 76 DPR 445/2000, so | otto la sua personale responsabilità |
| | DIC | CHIARA |
| - di aver preso visione delle mi | sure di sicurezza e di tut | ntela della salute per la prevenzione del contagio da Covid-19 |
| contenute nel Protocollo Op | erativo specifico della p | procedura concorsuale in oggetto, pubblicato dal Comune di |
| Galatone sul proprio sito ist | ituzionale nella Sezione | e Amministrazione Trasparente - "Bandi di concorso", e di |
| impegnarsi a rispettare tutte le | prescrizioni in esso cont | tenute; |
| - di tenere, in ogni caso, comp | ortamenti corretti nella | sede di esame ai fini della prevenzione della diffusione del |
| Covid-19 e di impegnarsi ad a | ttuare tutte le raccomanda | lazioni e le procedure che verranno indicate; |
| - di non essere stato sottoposto | alla misura della quarante | ena o isolamento domiciliare fiduciario; |
| - di non presentare febbre (te | mperatura corporea > 3' | 37.5°C) o sintomatologia simil-influenzale (tosse insistente, |
| difficoltà respiratoria, raffred | dore, cefalea, mal di gol | la, forte astenia, alterata percezione dei sapori e degli odori, |
| disturbi intestinali); | | |
| - di essere in possesso di certifi | cazione verde Covid-19 | O (cd. GREEN PASS) "base" o "rafforzata". |
| La presente autodichiarazione vi | ene rilasciata quale misu | ura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del |
| SARS CoV 2. | | |
| Allega copia di un valido docume | nto di riconoscimento in | corso di validità. |
| | | |
| | | |
| Luogo e Data | | |
| | | |
| | | |
| | | Firma leggibile |