

**AUTODICHIARAZIONE OBBLIGHI COVID**

**RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SCRITTA SUPPLETIVA 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 21.03.2022 .**

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, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione  
o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e di tutela della salute per la prevenzione del contagio da Covid-19 contenute nel **Protocollo Operativo** specifico della procedura concorsuale in oggetto, pubblicato dal Comune di Galatone sul proprio sito istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente - "*Bandi di concorso*", e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni in esso contenute;
- di tenere, in ogni caso, comportamenti corretti nella sede di esame ai fini della prevenzione della diffusione del Covid-19 e di impegnarsi ad attuare tutte le raccomandazioni e le procedure che verranno indicate;
- di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario negli ultimi 14 giorni;
- di non presentare febbre (temperatura corporea > 37.5°C) o sintomatologia simil-influenzale (tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, cefalea, mal di gola, forte astenia, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali);
- di essere in possesso di **certificazione verde Covid-19 (cd. GREEN PASS)** "base" o "rafforzata".

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Allega copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_