



Autodichiarazione prodotta ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

Al fine di consentire l'accesso alla sede del concorso, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

Io sottoscritto/a nato/a il

Negli ultimi 14 giorni ho avuto/ho uno o più dei seguenti sintomi, riconducibili ad infezione da COVID 19¹?

Febbre	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti NON PROTETTI con...²?

persone che erano malati COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali riconducibili ad infezione da COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Data

Firma

¹) In caso di risposta positiva ad una delle caselle la presente autocertificazione deve essere corredata da certificato di fine isolamento/quarantena

²) In caso di risposta positiva ad una delle caselle da certificato medico che attesti che la sintomatologia era/è correlata a patologia diversa dal Covid19.