



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
CASA PER ANZIANI
Viale Trieste, n. 42
Cividale del Friuli - C.A.P. 33043 (UD)
Tel. 0432 731048 / 732039 - Fax 0432 700863
Part. IVA 02460260306
email: protocollo@aspcividale.it **pec:** postacert@pec.aspcividale.it
www.aspcividale.it

BANDO DI CONCORSO PUBBLICO, PER SOLI ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 4 POSTI A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DI "OPERATORI SOCIO SANITARI (CAT. B livello econom. Bs0) CCNL Comparto Sanità

rilasciata in occasione della partecipazione alla prova concorsuale del _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

TEL _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate dall'ASP sul proprio sito nella sezione Amministrazione Trasparente – Bandi di concorso;
- 2) di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da Covid-19;
- 3) di non presentare febbre > 37.5°C e brividi o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, difficoltà respiratoria, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) e diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), mal di gola;
- 4) di non essere a conoscenza di aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi a test molecolare o antigenico rapido, a tal fine si rimanda a quanto previsto dal D.L. n. 229 del 30 dicembre 2021;
- 5) di essere consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del covid-19 ed il sottoscritto è consapevole che, qualora una o più delle condizioni di cui ai punti 2-3-e 4 (nei casi previsti) non dovesse essere soddisfatta, ovvero in caso di rifiuto a produrre l'autodichiarazione, gli sarà inibito l'ingresso nell'area concorsuale.

Cividale del Friuli, _____

(Firma)

Area riservata all'incaricato dell'ASP

Si dichiara che in data _____ è stato presentato esito negativo di test antigenico molecolare/rapido effettuato non oltre le 48 h al fine della partecipazione alla prova in oggetto effettuato in data _____

Cividale del Friuli, _____

(Firma)