**AUTODICHIARAZIONE COVID-19 PER L'ACCESSO ALLE PROVE CONCORSUALI DEL:**

***Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura di n.1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista a tempo indeterminato presso l'U.O.C. di Recupero e Riabilitazione del Grande Ospedale Metropolitano***

Il sottoscritto _____

nato il_____a_____e residente

in_____via_____n.° _____

Telefono_____email_____

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

○ Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;

○ Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;

○ Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea,forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

○ Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsadei sintomi;

○ Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni

○ Di aver fatto la prima dose di vaccino

○ Di aver completato le due dosi di vaccino

Il/la sottoscritto/a si impegna durante la prova concorsuale a rispettare tutte le misure di prevenzione indicate a livello nazionale eregionale, nonché quelle prescritte dall'organizzazione.

Si prega di prendere visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale sullaProtezione dei Dati (UE) 2016/679 allegata al presente modulo.

Luogo e data _____

Firma_____