



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Policlinico

## **AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA CONCORSUALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ prov ( \_\_ )  
il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in Via \_\_\_\_\_

Documento identificativo n. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

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**

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate dall'amministrazione sul proprio portale dei concorsi [in alternativa comunicate tramite mail o PEC];
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- di non presentare febbre > 37.5°C o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, ecc.);
- 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 SARS CoV 2.

*Luogo e Data,* \_\_\_\_\_ *Firma* \_\_\_\_\_