

Oggetto: CONCORSO PUBBLICO PER N. 1 POSTO DI ASSISTENTE SOCIALE CAT D

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'EX ART 47 DEL D.P.R.
n° 445/2000**

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale: _____ residente a _____ (_____)

in Via/Piazza _____ n. _____

Nella piena consapevolezza delle implicazioni previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
2. di non essere risultato positivo al Covid19 ovvero di disporre di una certificazione medica che attesti l'avvenuta negativizzazione del tampone.
3. di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) nelle ultime due settimane;
4. di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).
5. di non avere avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
6. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nelle misure organizzative per il contrasto e il contenimento virus SARS-CoV-2 del Comune di Selvazzano Dentro, pubblicato in formato elettronico sul sito dell'Ente nella Sezione Concorsi.

Si allega copia di un documento di riconoscimento, fatta salva la possibilità di firmare la seguente dichiarazione alla presenza di un Funzionario incaricato.

Padova, li _____

In fede

VISTO: Il Funzionario Incaricato* _____ *La Dichiarazione del Funzionario incaricato può essere fatta anche cumulativamente in separato documento