



**AUTODICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE
RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE AL
COLLOQUIO DI MOBILITA' CAT. D AMM/CONT.
PRESSO LA CITTA' METROPOLITANA DI FIRENZE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a _____ (_____)
il _____ residente a _____

Documento identità n. _____ rilasciato da _____ il _____
**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 per la prevenzione del contagio da COVID-19, pubblicate dall'amministrazione sul proprio portale dei concorsi, e di essere consapevole di doverle adottare;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da Covid 19;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto a conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- di non presentare, e di non aver avuto nei 14 giorni precedenti il concorso, uno o più dei seguenti sintomi suggestivi di Covid - 19:
 - a. temperatura superiore a 37,5 e brividi;
 - b. tosse di recente comparsa / tosse persistente;
 - c. difficoltà respiratoria, congestione nasale, respiro sibilante o starnuti;
 - d. perdita improvvisa dell'olfatto e diminuzione dell'olfatto, perdita del gusto o alterazione del gusto;
 - e. mal di gola;
- di essere consapevole che qualora la misurazione della temperatura a cui il/la sottoscritto/a viene sottoposto/a desse un risultato superiore a 37,5°C è previsto l'allontanamento dalla sede della prova;
- di essere consapevole che è previsto l'allontanamento del candidato dalla sede della prova qualora, all'atto della verifica di possesso della Certificazione verde Covid-19, questa:
 - non sia esibita
 - non risulti in corso di validità
 - risulti intestata a soggetto diverso dal candidato

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Data _____ (giorno della/e prova/e)

Firma leggibile
