

**AUTODICHIARAZIONE SULLE PROPRIE CONDIZIONI DI SALUTE DA RENDERE IN  
OCCASIONE DELLA PROVA CONCURSALE.  
(AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a .....,  
nato/a. il ...../...../..... a ..... (.....),  
residente in ..... (.....),  
via ....., cell. ....,  
email. ....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- a) Di non presentare:
- temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
  - tosse di recente comparsa;
  - difficoltà respiratoria;
  - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
  - mal di gola;
- b) 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.

In fede

Data .....

Firma del dichiarante

**Si allega copia di documento di identità in corso di validità**