



S. SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Part. IVA 02866420793

REGIONE CALABRIA

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

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a _____ (_____) in data: _____
Codice Fiscale: _____ residente a _____ (_____)
in Via/Piazza _____

sotto la propria responsabilità e consapevole che qualsiasi dichiarazione mendace sarà punibile ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
 2. di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi; b) tosse di recente comparsa; c) difficoltà respiratoria; d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);e) mal di gola.
 3. 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;
 4. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel Piano operativo specifico della procedura finalizzato al contrasto e il contenimento virus SARS-COV-2 dell'ASP di Vibo Valentia, pubblicato in formato elettronico nella Sezione Amministrazione Trasparente – Sezione Concorsi.
- Si allega copia di un documento di riconoscimento.

Luogo _____, il _____ In fede _____

VISTO

L'addetto Incaricato* _____ *

La Dichiarazione dell'addetto incaricato può essere fatta anche cumulativamente in separato documento, sul foglio presenze dei candidati