

**AUTOCERTIFICAZIONE**

**RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DEL  
CONCORSO PUBBLICO PER N. 1 FISIOTERAPISTA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Documento identità tipo e numero \_\_\_\_\_

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 non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19;
- di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- di non presentare febbre  $> 37.5^{\circ}\text{C}$  o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, difficoltà respiratorie, 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 \_\_\_\_\_