



CONCORSO PUBBLICO, per titoli ed esame orale, finalizzato all'assunzione di n. 3 unità di personale con contratto di lavoro a tempo determinato e pieno nel profilo professionale di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO, ESPERTO IN APPALTI PUBBLICI, categoria Seconda, posizione economica F1, presso l'Agenzia per l'Italia Digitale, per le esigenze del programma "Smarter Italy".

AUTOCERTIFICAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE E DICHIARA

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE / MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RAFFREDDORE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DOLORE MUSCOLARE / SPOSSATEZZA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
NAUSEA / VOMITO / DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
ALTERAZIONE DI GUSTO / OLFATTO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

E

(compilare SOLO nel caso in cui si ricada nelle seguenti situazioni)

CASO DI CANDIDATO A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito NEGATIVO dopo un periodo di quarantena di 10 giorni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CASO DI CANDIDATO RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data ___/___/_____ Ora ___:___

Firma del Candidato.....