**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA SINTOMI COVID-19**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di partecipante al concorso pubblico per operaio-tempo pieno e indeterminato-cat.B3 , preso atto dell’emergenza sanitaria dovuta dal diffondersi del Covid-19;

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

* di non presentare sintomi influenzali, suggestivi di COVID-19 e di essere attualmente in buona salute;

Quanto sopra nella piena consapevolezza di garantire le misure atte a tutelare la salute, come previsto dall’articolo 32 della nostra Costituzione, diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, nonché di tutelare la sicurezza dei lavoratori e dei loro familiari.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B** *La presente dichiarazione, firmata e datata, va consegnata al momento dell’ingresso*