

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
 PER VALUTAZIONE CANDIDATI CONCORSO INFERMIERI  
 AL MOMENTO DELL'INGRESSO NELLA SEDE CONCORSALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat... a \_\_\_\_\_  
 prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"**

quanto segue:

Giorno _____	Segnare con una <b>X</b>	
<b>Di avere temperatura superiore a 37,5°C e brividi?</b>	si	no
<b>Di avere tosse di recente comparsa</b>	si	no
<b>Di avere difficoltà respiratoria</b>	si	no
<b>Di avere perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);</b>	si	no
<b>Di avere mal di gola</b>	si	no
<b>Di 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</b>	si	no
<b>Di avere avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da COVID-19</b>	si	no
<b>Di avere familiari conviventi con sintomi Covid</b>	si	no

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

