DICHIARAZIONE COVID – 19

PER LA PARTECIPAZIONE ALLE PROCEDURE CONCORSUALI

SEDE	**Sala polifunzionale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – sede di Udine**
Procedura	**Avviso pubblico n. 25278 del 18.02.2021 per la formazione di una graduatoria per l'assunzione a tempo determinato di dirigenti medici di Medicina Legale**
Data	12.05.2021

COMPORTAMENTO DA TENERE NELLA SEDE CONCORSUALE	
	Indossare SEMPRE la mascherina FFP2 messa a disposizione dall'Azienda e mantenere la distanza interpersonale minima di 2,5 metri
	Evitare ogni contatto fisico (es. stretta di mano – abbraccio, ecc.)
	Igienizzare le mani quando necessario o quando richiesto
	Coprire con il gomito bocca e naso in caso di starnuti e/o di tosse
	Evitare di toccare occhi, naso e bocca

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ recapito telefonico _____

In qualità di:

☐ Candidato ☐ Segretario

☐ Componente della Commissione ☐ Personale di vigilanza/supporto

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dal DPCM 03/12/2020 recante: "Ulteriori disposizioni attuative del D.L. 25/03/2020 n.19, convertito, con modificazioni, dalla Legge 22/05/2020 n.35, recante: «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» e dal D.L. 16/05/2020 n.33 – convertito, con modificazioni, dalla legge 14/07/2020 n.74, nonché dai D.L. 2/12/2020 n.158, D.L. 18/12/2020 n.172, D.L. 05/01/2021 n.1 e D.L. 14/01/2021 n.2 in materia "di contenimento e prevenzione dell'emergenza in oggetto";

		barrare la voce di interesse	
		si	**no**
di essere sottoposto alla misura dell'isolamento/quarantena			
di avere in data odierna uno dei seguenti sintomi:	febbre maggiore di 37,5° C.		
	tosse di recente comparsa		
	difficoltà respiratorie		
	perdita o diminuzione improvvisa olfatto		
	perdita o alterazione del gusto		
	mal di gola		

- **In caso di risposta positiva o di omessa risposta ad una delle precedenti domande è fatto assoluto divieto di accesso all'area concorsuale.**
- di **NON** aver soggiornato o aver avuto contatti stretti con persone che hanno soggiornato nelle zone a rischio di cui all'elenco C, D, E dell'allegato 20 al DPCM 14/01/2021* tenuto conto delle disposizioni di cui all'ordinanza 13/02/2021 del Ministero della Salute art. 1 (viaggiatori provenienti dal Brasile) e art. 2 (viaggiatori provenienti dall'Austria).*Elenco A (Repubblica di San Marino, Stato della Città del Vaticano) – Elenco B (Stati e territori a basso rischio epidemiologico, individuati, tra quelli di cui all'elenco C, con ordinanza adottata ai sensi dell'articolo 6, comma 2) – Elenco C (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca (incluse isole Faer Oer e Groenlandia), Estonia, Finlandia, Francia, (inclusi Guadalupa, Martinica, Guyana, Riunione, Mayotte ed esclusi altri territori situati al di fuori del continente europeo), Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi (esclusi territori situati al di fuori del continente europeo), Polonia, Portogallo (incluse Azzorre e Madeira), Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna (inclusi territori nel continente africano), Svezia, Ungheria, Islanda, Norvegia, Liechtenstein, Svizzera, Andorra, Principato di Monaco) – Elenco D (Australia, Giappone, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Ruanda, Singapore, Tailandia, nonché gli ulteriori Stati e territori a basso rischio epidemiologico, individuati, tra quelli di cui all'elenco E, con ordinanza adottata ai sensi dell'articolo 6, comma 2) – Elenco E (tutti gli Stati e territori non espressamente indicati in altro elenco).

Udine, _____ _____ **Firma del dichiarante** _____