

DICHIARAZIONE PERSONALE - EMERGENZA SANITARIA COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di convocato dalla Graduatoria Provinciale Permanente personale A.T.A. A.S. 2020/2021, al fine di adempiere alle prescrizioni normative atte a contrastare il contagio da COVID-19

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'Autorità Sanitaria competente.
- 2) di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio
- 3) per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- 4) di non avere sintomi influenzali (quali tosse, difficoltà respiratorie) e di sottopormi al controllo della temperatura corporea

Oristano Data _____ Firma _____