



Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR N. 445/2000

Si rilascia la presente dichiarazione in occasione della partecipazione al Concorso _____ (titolo), indetto da ASST Lodi, in data _____.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___) il _____ residente a _____ (___), documento di identità n. _____ rilasciato da _____ in data _____,

nell'accedere presso la sede di svolgimento della suddetta prova in qualità di candidato, sotto la propria personale responsabilità, nonché consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

di essere stato preventivamente informato delle misure adottate da ASST Lodi sulla base del protocollo del Dipartimento della Funzione Pubblica prot. n. 0025239 del 15.4.2021, mediante apposita comunicazione sul portale Web, con particolare riferimento ai comportamenti che dovranno essere tenuti:

- di presentarsi da soli e senza alcun tipo di bagaglio (salvo situazioni eccezionali, da documentare);
- di non presentarsi presso la sede concorsuale in caso di sintomatologia respiratoria o similinfluenzale o febbre superiore a 37.5 °C;
- di non essere attualmente in quarantena o in isolamento domiciliare fiduciario e, per quanto di propria conoscenza, di non essere positivo al Covid-19/Sars-Cov-2;
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19/Sars-Cov-2, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- **di indossare obbligatoriamente**, dal momento dell'accesso all'area concorsuale, **i facciali filtranti FFP2** che verranno messi a disposizione da ASST Lodi;
- **di presentare all'ingresso dell'area concorsuale stampa del Green Pass o referto relativo ad un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino – faringeo, presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data di convocazione.**

LA PRESENTE DICHIARAZIONE VA CONSEGNATA (IN FORMATO CARTACEO), IN SEDE DI RICONOSCIMENTO, IL GIORNO DI CONVOCAZIONE ALLE PROVE SELETTIVE.

(Luogo e data)

(Firma leggibile del candidato)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi – Piazza Ospitale, 10 – Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 – C.F. e P.IVA 09322180960