

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Prov. Di _____

Via _____ tel. _____

DICHIARA

che alla data odierna :

a) non ha temperatura superiore a 37,5°C e brividi;

b) non ha tosse di recente comparsa;

c) non ha difficoltà respiratoria;

d) non ha avuto perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);

e) non ha mal di gola;

f) di aver preso completa visione del Protocollo nazionale del DFP n. 25.239-P del 15/04/2021, e del Piano Operativo comunale.

Li,

Firma

Il presente modulo dovrà essere presentato e depositato il giorno di ciascuna prova, sia essa scritta o orale, preselettiva o non (se le prove scritte sono svolte in una sola giornata, la dichiarazione vale per la giornata intera e per entrambe le prove),