



Consiglio Nazionale delle Ricerche

Modello di autocertificazione

Bando n. 318.19

AUTOCERTIFICAZIONE

SCREENING IN INGRESSO

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

Nato a _____ il _____ (Provincia o Stato Estero _____)

Residente a _____ (Provincia _____)

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

In qualità di: (barrare con una X la casella corrispondente)

- ☐ Candidato*
- ☐ Componente della Commissione esaminatrice**
- ☐ Altro (specificare)** _____

consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di non essere affetto dai seguenti sintomi:
 - temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - tosse di recente comparsa;
 - difficoltà respiratoria;
 - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - mal di gola;
- di non essere sottoposto/a 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 Covid19;
- di aver preso visione del Piano Operativo CNR, relativo alla specifica procedura concorsuale nonché dei relativi allegati.

Luogo e data _____

Firma _____

L'incaricato all'accoglimento dei candidati

Firma _____

*I candidati devono apporre la sottoscrizione esclusivamente in presenza del personale incaricato

**I componenti della Commissione esaminatrice e personale di supporto devono allegare copia del documento di identità