



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
"A. CARDARELLI"
Via A. Cardarelli, 9 80131 - Napoli
AUTODICHIARAZIONE
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . ____

a _____ (____), residente in _____

(____), via _____ e domiciliato in

_____, via _____, (solo se
differente dalla residenza)

identificato a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da

_____ in data ____ . ____ . ____ ,

candidato al Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n .2
unità di CPS TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA bandito dall'AORN Cardarelli

consapevole delle conseguenze penali, civili ed amministrative previste in caso di dichiarazioni
mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale; le indicazioni di distanziamento sociale, l'uso di misure di igiene personale e di DPI (mascherine , guanti etc);
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19.

Napoli, lì

In fede