



ALLEGATO 1

Selezione per il conferimento di n. 9 incarichi di consulenza esterna avente per oggetto lo svolgimento di attività di supporto didattico e intermediazione a favore degli studenti con disabilità o con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)

Colloquio del giorno 07 settembre 2020

Modulo autocertificazione

Il sottoscritto in qualità di

- ☐ componente commissione
- ☐ concorrente
- ☐ accompagnatore
- ☐ altro :

Nome.....Cognome.....

Residente avia

.....N. civico.....

c.f.

Dichiara:

1. l'assenza di sintomatologia respiratoria o di febbre superiore a 37.5°C nel giorno di avvio delle procedure d'esame e nei 14 giorni precedenti
2. di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
3. di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Data

Firma

