**AUTODICHIARAZIONE PRODOTTA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46, 47 E 49 DEL D.P.R. 445/00**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 445/00, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

* in qualità di candidata/o alla **selezione pubblica per titoli ed esami, con eventuale preselezione, per il reclutamento di n. 1 posto di personale di categoria D – posizione economica 1 – area tecnica, tecnico-scientifica ed elaborazione dati, da assumere con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, della durata di dodici mesi, part-time al 75% per le attività previste presso il Dipartimento di scienze agroalimentari, ambientali e animali (DI4A) dell’Università degli Studi di Udine (2022\_PTA\_TD\_008) – Malteria sperimentale;**
* con sede di svolgimento presso la “sala della vite e del vino” (aula conferenze) del Dipartimento di Scienze Agroalimentari Ambientali e Animali (DI4A), Via Sondrio 2/a – Udine;

**dichiara**:

1. di aver preso visione di quanto riportato nel Piano Operativo predisposto dall’Università degli Studi di Udine;
2. di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
* temperatura superiore a 37,5° 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: si prega di allegare copia del documento di riconoscimento.**