

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Για την προστασία της υγείας όλων των υποψηφίων που θα παρακαθήσουν στις γραπτές εξετάσεις για τη θέση Λογιστικού Λειτουργού για πρόσληψη στον Δήμο Αθηνών, από τον κορωνοϊό (COVID -19/ SARS-CoV 2), είναι υποχρεωτικό όπως συμπληρώσετε την παρούσα υπεύθυνη δήλωση για να σας επιτραπεί η είσοδος στο εξεταστικό κέντρο, σύμφωνα με το Πρωτόκολλο που εγκρίθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Οι πληροφορίες και τα προσωπικά στοιχεία σας θα τύχουν εμπιστευτικότητας, ενώ η επεξεργασία τους θα γίνεται για λόγους δημοσίου συμφέροντος και για την προστασία της δημόσιας υγείας από τον COVID-19. Δηλώνω υπεύθυνα ότι (σημειώστε ✓ αν ισχύει ή δεν ισχύει στο κατάλληλο τετράγωνο) :

	ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ
1. Δεν είμαι επιβεβαιωμένο κρούσμα κορωνοϊού (COVID -19 / SARS-CoV 2).		
2. Τις τελευταίες 14 ημέρες δεν έχω εισέλθει στην Κυπριακή Δημοκρατία από χώρα που εμπίπτει στις χώρες Γκρίζας κατηγορίας.		
3. Δεν έχω εκδηλώσει τα ακόλουθα συμπτώματα – πυρετό, βήχα, πονόλαιμο, καταρροή, νέα δύσπνοια ή διάρροια, ναυτία, εμετό, μυαλγίες, αγευσία ή αοσμία εντός των τελευταίων 14 ημερών.		
4. Δεν είχα άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα κορωνοϊού ή δεν έχω επισκεφτεί και/ή έχω χρειαστεί περίθαλψη σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης ή εγκατάσταση περιορισμού για θεραπεία ή καραντίνα του COVID - 19 επιβεβαιωμένων ή ύποπτων ατόμων εντός των τελευταίων 14 ημερών		

Αντιλαμβάνομαι πλήρως τους κινδύνους, λόγω της νόσου COVID-19, που συνδέονται με την συμμετοχή μου στις γραπτές εξετάσεις. Αναλαμβάνω και αποδέχομαι την πλήρη ευθύνη για τυχόν κινδύνους, απώλεια, βλάβη, ζημιά περιουσίας ή προσωπικής βλάβης ή θανάτου, και συμφωνώ να μην εγείρω αξίωση και να μη κινησω διαδικασίες εναντίον οποιουδήποτε προσώπου και/ή της κάθε είδους επιχείρησης και/ή εξουσιοδοτημένων λειτουργών και/ή του Ανάδοχου Φορέα για τη διενέργεια των εξετάσεων και/ή του Δήμου Αθηνών και/ή αρχών της Κυπριακής Δημοκρατίας από οποιαδήποτε απώλεια, ευθύνη, κόστος ή ζημιές που ενδέχεται να υποστώ ή να προκύψουν λόγω της συμμετοχής μου στις γραπτές εξετάσεις, ως αποτέλεσμα του COVID-19 και/ή για οποιαδήποτε ταλαιπωρία θα υποστώ λόγω τυχόν προληπτικών μέτρων που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια των γραπτών εξετάσεων, για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας κατά του COVID-19.

Υποβάλλω την παρούσα ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ συνειδητά και εις γνώσιν ότι κάνοντας μια ψευδή και/ή παραπλανητική δήλωση θα υπόκειμαι σε κυρώσεις, με ποινή ψευδορκίας, σύμφωνα με τους νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας και δηλώνω υπευθύνως ότι όλες οι πληροφορίες που έχω δώσει, είναι αληθείς.

Ημερομηνία Δήλωσης:
Ονοματεπώνυμο (Κεφαλαία Γράμματα):
Αριθμός Ταυτότητας:
Αριθμός Τηλεφώνου:
Μόνιμη Διεύθυνση: