



S.C. Risorse Umane

AVVISO PUBBLICO

Questa amministrazione con deliberazione n. 440 del 27.8.2020 ha disposto di emettere avviso pubblico per assunzione a tempo determinato, della durata di mesi 12, per titoli e colloquio, per la copertura di n. 1 posto di

**COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – INGEGNERE, CAT. D
o COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE, CAT. D
da assegnare alle Strutture Aziendali**

Si invitano gli aspiranti ad ottenere l'incarico per la copertura del posto di cui sopra ad inoltrare apposita domanda redatta conformemente a quanto stabilito dall'articolo 4 del D.P.R. 27.3.2001 n. 220.

Per l'ammissione all'incarico gli aspiranti devono essere in possesso dei requisiti generali e specifici come segue:

- a) *cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea.
Secondo quanto stabilito dall'art. 38, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 7 della Legge 6.8.2013 n. 97, possono accedere al concorso:
familiari di cittadini degli stati membri dell'Unione Europea, non aventi la cittadinanza di uno stato membro, che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
oppure
cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria";
(sono considerati familiari, secondo la Direttiva Comunitaria n. 2004/28/CE, il coniuge del migrante, i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni a carico e quelli del coniuge, gli ascendenti diretti a carico e quelli del coniuge);*
- b) *idoneità fisica all'impiego che verrà accertata dall'Azienda prima dell'immissione in servizio;*
- c) *diploma di laurea in Ingegneria Gestionale o in Scienze Economiche secondo il vecchio ordinamento
oppure
laurea specialistica/magistrale appartenente ad una delle classi a cui i diplomi di laurea sopraelencati sono equiparati ai sensi della vigente normativa.*

Verrà assunto quel candidato che, in possesso dei requisiti richiesti, presenti o autocertificati i maggiori titoli da valutarsi secondo gli artt. 11, 20, 21 e 22 del D.P.R. 27.3.2011 n. 220 e superi un colloquio valutativo cui verrà sottoposto da parte di apposita Commissione.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

I punteggi per il colloquio, che verterà su materie attinenti all'attività da svolgere e per la valutazione dei titoli posseduti dai candidati sono i seguenti:

COLLOQUIO	70 punti
VALUTAZIONE DEI TITOLI	30 punti di cui
	15 per i titoli di carriera
	3 per i titoli accademici e di studio
	2 per le pubblicazioni e titoli scientifici
	10 per il curriculum formativo e professionale.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari al 60% del punteggio massimo attribuibile allo stesso (minimo punti 42).

La domanda dovrà essere formulata secondo lo schema allegato.

Alla domanda dovranno essere allegati:

- ~ *curriculum formativo e professionale in carta semplice ed in formato europeo, datato e firmato dal concorrente;*
- ~ *pubblicazioni o certificazioni relative ai titoli che ritenga opportuno presentare agli effetti delle valutazioni di merito e della formazione della graduatoria, compreso eventuale foglio matricolare o stato di servizio a documentazione del servizio militare (legge 24.12.1986 n. 958);*
- ~ *in caso di consegna direttamente all'Ufficio Concorsi, elenco, in duplice copia ed in carta semplice, di tutti i titoli e documenti presentati di cui una copia verrà restituita al concorrente, precisando che in caso di assenza del predetto elenco non verrà rilasciata alcuna ricevuta.*

I documenti allegati alla domanda di partecipazione all'avviso, in un unico esemplare, possono essere prodotti in originale o in copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, secondo le seguenti modalità:

- in fotocopia semplice con dichiarazione di conformità all'originale, formulata nel contesto della domanda di ammissione, secondo le indicazioni riportate nella stessa;
- in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà separata dalla domanda di ammissione, con cui si attesta che gli stessi sono conformi all'originale. La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia accompagnata da copia fotostatica fronte/retro, non autenticata, di un documento di identità; non saranno prese in considerazione le dichiarazioni sostitutive che non siano accompagnate dalle copie dei documenti dichiarati conformi all'originale;
- autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'autocertificazione dei titoli deve contenere tutti gli elementi necessari per una valutazione di merito. In particolare per i servizi prestati deve essere attestato l'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, le posizioni funzionali o le qualifiche e l'eventuale disciplina ricoperte, le date iniziali e finali del servizio con l'indicazione del tipo di rapporto (determinato/indeterminato, tempo parziale con relativa percentuale), eventuali periodi di sospensione del rapporto, nonché se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979. In caso positivo, il candidato deve precisare la misura della riduzione del punteggio. La suddetta autocertificazione deve essere accompagnata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore.

Qualora le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà risultassero incomplete o imprecise e non siano redatte secondo le modalità sopra indicate, non saranno valutate.

Non si terrà conto dei titoli che non siano chiaramente identificabili, nonché dei titoli che il candidato abbia solo dichiarato di possedere senza produrli secondo le modalità sopra precisate entro la data di scadenza del presente avviso.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità e l'autenticità delle dichiarazioni. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici conseguiti fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000. La dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell'atto di notorietà se non è resa davanti al funzionario incaricato deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento valido.

Si precisa che ai sensi dell'art. 40, comma 1, del D.P.R. 445/2000, così come modificato dall'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011 "Le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47".

A parità di punteggio nella graduatoria finale verrà data applicazione all'art. 2, comma 9, della Legge 16 giugno 1998 n. 191.

Si precisa che questa Amministrazione garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro (artt. 7 e 57 - D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 - D.Lgs. 11.04.2006 n. 198- D.Lgs. 25.01.2010 n. 5).

Le domande dovranno pervenire alla Struttura Complessa Risorse Umane della Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi c/o Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Viale Luigi Borri, 57 - Casella Postale 294 - 21100 Varese **entro le ore 12,00 di giovedì 17 settembre 2020.**

Il termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli comunque presentati o pervenuti dopo la scadenza del termine stesso.

La presentazione della domanda di partecipazione dovrà avvenire, sempre entro il suddetto termine perentorio, con la seguente modalità:

- mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: **protocollo@pec.asst-settelaghi.it**.

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopra indicato.

La domanda di partecipazione contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo, deve essere predisposta in un unico file PDF.

In tal caso la sottoscrizione della domanda da parte del candidato è consentita con le seguenti modalità:

- con firma digitale e con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

- con firma autografa e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica, diversa da quella indicata, non verranno prese in considerazione.

Nella PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

Le suddette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

Si informa che, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 10.8.2018 n. 101:

- i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Struttura Complessa Risorse Umane di questa Azienda e trattati per le finalità di gestione della presente procedura e del rapporto di lavoro instaurato;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei ed informatici a disposizione degli uffici;
- i dati potranno essere comunicati unicamente alle amministrazioni pubbliche interessate alla posizione giuridico-economica dei candidati;
- il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione;
- il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile della Struttura Complessa Risorse Umane;
- l'interessato gode dei diritti dettati dalla normativa vigente in materia, tra i quali il diritto di recesso ai dati che lo riguardano, il diritto di rettificare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendosi alla Struttura Complessa Risorse Umane.

La data, ora e sede dello svolgimento del colloquio saranno pubblicate sul sito internet dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi (<http://www.asst-settelaghi.it> nella sezione "Lavora con noi" – "Personale" - "bandi di concorso") a decorrere dal 22.9.2020.

La comunicazione che verrà pubblicata sul sito internet avrà valore di notifica a tutti gli effetti senza necessità di ulteriori comunicazioni.

Per qualsiasi informazione gli interessati potranno rivolgersi telefonicamente all'Ufficio Concorsi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi c/o Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese - telefono 0332-278917-278918-278919 (orari al pubblico: dal lunedì al giovedì dalle ore 10,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 15,00 – il venerdì dalle ore 10,30 alle ore 12,00).

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario
Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

Questa Amministrazione si riserva la facoltà di sospendere, modificare o revocare il presente avviso senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Varese, 28.8.2020

ASST DEI SETTE LAGHI



Protocollo nr. 0053503
del 28/08/2020

ASST DEI SETTELAGHI

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario
Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

Al Direttore Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Viale Borri, 57 - 21100 VARESE VA

_ l _ sottoscritt _

_____ (cognome)

_____ (nome)

nat_ a _____ (Prov. di _____)

il _____ Codice Fiscale _____

e residente in _____

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

N. Telefono _____

indirizzo e mail _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

indirizzo mail di google (*necessario in caso di partecipazione al colloquio in modalità telematica con Hangouts o simili*) _____

CHIEDE

di poter partecipare all'avviso di pubblica selezione, per titoli e colloquio, per assunzione a tempo determinato, della durata di mesi 12, per la copertura di **n. 1 posto di Collaboratore Tecnico Professionale – Ingegnere, cat. D o Collaboratore Amministrativo Professionale, cat. D da assegnare alle Strutture Aziendali.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
 di essere (per i cittadini italiani appartenenti ad uno stato della CEE) cittadino/a dello stato di _____
 di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno stato membro, che è titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
 cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria";

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
3. di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
 di aver subito le seguenti condanne penali _____
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
4. di essere in possesso dei seguenti diplomi di Laurea in:

(indicare se vecchio ordinamento/specialistica/magistrale o laurea triennale e la classe di appartenenza)
 conseguito presso _____ il _____

(indicare se vecchio ordinamento/specialistica/magistrale o laurea triennale e la classe di appartenenza)
 conseguito presso _____ il _____

5. di essere iscritto all'ordine _____
 di _____ al n. _____ dal _____

6. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____

7. di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di **pubbliche amministrazioni**:

► denominazione Ente _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Città _____ CAP _____
 profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
 0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con rapporto libero professionale

o

attività coordinata e continuativa

(ore settimanali _____) dal _____ al _____
 (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

descrivere l'attività svolta

► denominazione Ente _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Città _____ CAP _____
 profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
 0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con rapporto libero professionale

o

attività coordinata e continuativa

(ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

descrivere l'attività svolta

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con rapporto libero professionale

o

attività coordinata e continuativa

(ore settimanali _____) dal _____ al _____

(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

descrivere l'attività svolta

8. di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

9. che *non ricorrono* le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente presso Aziende Sanitarie);

che *ricorrono* le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente presso Aziende Sanitarie);

10. di non essere stato licenziato/a, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;

11. di aver prestato i seguenti servizi presso i sottoriportati ***datori di lavoro privato***:



(specificare se ***Studio Professionale Privato, Società o Istituto di Ricerca***)

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

profilo/qualifica _____

(specificare se dipendente, socio, collaboratore ...)

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

descrivere l'attività svolta



(specificare se Studio Professionale Privato, Società o Istituto di Ricerca)

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo/qualifica _____

(specificare se dipendente, socio, collaboratore ...)

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

descrivere l'attività svolta



(specificare se Studio Professionale Privato, Società o Istituto di Ricerca)

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo/qualifica _____

(specificare se dipendente, socio, collaboratore ...)

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno mese/anno)

descrivere l'attività svolta

11. di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 8.4.2013 n. 39;

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

12. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;

13. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: _____

14. di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale:

15. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Città _____ Prov. _____ Tel n. _____

e mail _____ @ _____

pec _____ @ _____

mail di google (*necessario in caso di partecipazione in modalità telematica con Hangouts o simili*)

@g.mail. _____

16. che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

17. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 e smi nonché del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;

18. Per i cittadini dell'Unione Europea:

di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 38, COMMA 3, DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario
Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it