



**Risorse Umane**

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

**CONCORSO PUBBLICO  
PER TITOLI ED ESAMI  
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI  
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA SEMPLICE  
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E AUDIT**

ELENCO CANDIDATI AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE  
CHE SI TERRA' PRESSO

**PADIGLIONE 5 (EX MATERNITA') - 2° PIANO**

UBICATO ALL'INTERNO DI QUESTA ASST - OSPEDALE DI CIRCOLO  
VIALE BORRI, N. 57 - VARESE

**IL GIORNO 8 APRILE 2021 ALLE ORE 10,00**

**I CANDIDATI AMMESSI DOVRANNO PRESENTARSI MUNITI DI FOTOCOPIA DI UN  
DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E DI AUTOCERTIFICAZIONE ALLEGATA.**

1. BAROSI FRANCO
2. CARBONI MARIANNA
3. ESPOSTI MARCO
4. GIOTTA SIMONA
5. GRILLI MIRIAM
6. LIONE STELLA
7. PELLICCIA CLARA
8. SLANZI SABRINA.

Varese, 23.03.2021

**IL DIRETTORE**  
**S.C. RISORSE UMANE**  
f.to Dott.ssa Elena Rebora

**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](http://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](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

*CONCORSO PUBBLICO  
PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI  
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA SEMPLICE  
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E AUDIT*

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**  
**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DPR. 445/2000**

**DA CONSEGNARE ALL'INGRESSO**

Il/la sottoscritto/a.....  
(COGNOME E NOME)

nato/a il ..... a ..... (.....)  
(GG/MM/AAAA) (CITTA' DI NASCITA) (PROVINCIA/NAZIONE)

residente in ..... (.....) Via ..... n°.....  
(CITTA' DI RESIDENZA) (PROVINCIA/NAZIONE)

documento di identità ..... n°.....

rilasciato da..... in data .....

dichiara di essere:

- a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dalla normativa in materia di COVID-19
- consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni rese e sottoscritte hanno valore di autocertificazione e, pertanto, sottoponibili a verifica da parte dell'Amministrazione
- a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in caso di falsa dichiarazione

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- **Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o provvedimento restrittivo analogo**
- **Di non essere risultato positivo al COVID-19 ovvero di essere stato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione**
- **Di non essere stato o non essere a conoscenza di essere stato in contatto stretto negli ultimi 14 giorni con persona positiva al COVID-19**
- **Di non avere la febbre superiore ai 37,5 gradi o altri sintomi riconducibili al COVID-19 quali tosse secca, sensazione di fame d'aria associate ad anosmia e/o disgeusia, diarrea, mal di gola o raffreddore**
- **Di accedere alle prove concorsuali indossando apposita protezione delle vie respiratorie, che sarà utilizzata dal momento dell'ingresso e fino all'uscita.**

**Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati**

Dichiaro di essere informato/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento Ue 679/2016.

Data e Luogo .....

FIRMA

.....  
(si prega di apporre firma leggibile)

**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](http://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](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)