



**Risorse Umane**

**CONCORSO PUBBLICO  
PER TITOLI ED ESAMI  
PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE – ASSISTENTE SOCIALE, CAT. D**

ELENCO CANDIDATI AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE

CHE SI TERRA'

**MARTEDI' 20 APRILE 2021 ALLE ORE 10,00**

PRESSO

**IL PADIGLIONE 5 – EX MATERNITA' – 2° PIANO**

UBICATA ALL'INTERNO DEI QUESTA ASST  
VIALE BORRI, N. 57 – VARESE

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

Varese, 13.4.2021

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

## **ELENCO CANDIDATI AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE**

1. ANDREOLETTI LAURA
2. APREA ANNA
3. AZZOLINI SARA
4. BAZZAN ALDO
5. BIZZOZERO STEFANIA
6. BURGASSI NADIA
7. CARRARO SILVIA
8. CUCCA GRETA
9. DI CATO RACHELE
10. FATIGATI MARIAPAOLA
11. FRANCOMANO ROSSELLA
12. GADOLA CHIARA
13. GIACALONE SARA
14. LANDINI ALESSIA
15. LEMBO ELEONORA
16. MARTINO MANUELA
17. MENEFOGLIO CECILIA
18. MERCORILLO ROBERTA
19. MERCURI VALERIA
20. MILAZZO SONIA
21. MORETTI ANNA ROSA
22. NAVA VERONICA
23. PIREDDA GIULIA
24. POZZI CATERINA
25. RASOTTO SARA
26. RISO ANGELICA
27. RUSSOMANDO DIEGO
28. SANTONICOLA ANNA
29. SCHIMIZZI MARIA DANIELA
30. VESTINA ROSA
31. VIZZI ANTONINA GIOIA
32. ZATTA GIULIA.

**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  
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. 3 POSTI DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE – ASSISTENTE SOCIALE, CAT. D**

**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 informata/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 - 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  
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it      PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)