



Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

**CONCORSO PUBBLICO
PER TITOLI ED ESAMI
PER IL CONFERIMENTO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO
DI N. 2 INCARICHI NEL PROFILO DI
DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI PEDIATRIA
DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA COMPLESSA NEONATOLOGIA, TERAPIA
INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRIA VERBANO**

SI COMUNICA CHE LE PROVE D'ESAME SI SVOLGERANNO SECONDO IL SEGUENTE CALENDARIO:

PROVA SCRITTA E PRATICA CON INIZIO ALLE ORE 9,00 DI MERCOLEDI' 28.07.2021
PRESSO HOTEL IBIS STYLES VARESE – VIA ARNALDO FUSINATO, 35 – VARESE

PROVA ORALE CON INIZIO ALLE ORE 9,00 DI GIOVEDI' 29.07.2021
PRESSO LE AULE FRECCIA UBICATE NEL PADIGLIONE 5 (EX MATERNITA') 2° PIANO DI QUESTA ASST – VIALE L. BORRI, 57 – VARESE.

IL GIORNO 28.07.2021, A DECORRERE DALLE ORE 16,00, SUL SITO AZIENDALE (<http://www.asst-settelaghi.it> nella sezione – “Lavora con noi” – “Personale” – “Bandi di Concorso”) VERRA' ESPOSTO L'ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE.

IN ESECUZIONE DEL PROTOCOLLO PER LO SVOLGIMENTO DEI CONCORSI PUBBLICI EMESSE DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

PRESENTARSI A PENA DI ESCLUSIONE MUNITI DI:

- DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E DI FOTOCOPIA DELLO STESSO;
- MASCHERINA FFP2;
- **REFERTO RELATIVO AD UN TEST ANTIGENICO RAPIDO O MOLECOLARE, EFFETTUATO MEDIANTE TAMPONE ORO/FARINGEO PRESSO UNA STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA ACCREDITATA/AUTORIZZATA IN DATA NON ANTECEDENTE A 48 ORE DALLA DATA DI SVOLGIMENTO DELLE PROVE (anche se ha già effettuato la vaccinazione per il covid-19);**
- MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000, ALLEGATO.

Segue elenco dei candidati ammessi alle prove del 28.7.2021 ed autocertificazione.

Varese, 5.7.2021

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 - 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

ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

- *candidati in possesso della specializzazione in Pediatria:*

ARMANO DR.SSA CHIARA
BOSCO DR.SSA ANNALISA
BRAMBILLA DR.SSA MARTA
GALLO DR. DARIO
GHIRARDI DR.SSA BEATRICE
MORANDO DR.SSA LUCIA
SIMONCINI DR.SSA DANIELA
VERGORI DR. ANTONIO;

- *candidati iscritti all'ultimo anno della scuola di specializzazione in Pediatria:*

AMELIO DR. GIACOMO SIMEONE
BARBINI DR.SSA MARIA CRISTINA ANGELA
BONAITA DR.SSA VALENTINA
CAPECCHI DR.SSA ESTER
GHEZZI DR.SSA ELISABETTA
GULDEN DR.SSA SILVIA
PANIZZA DR. DAVIDE
PAROLO DR.SSA EVA
PEIROLO DR.SSA ANNA
SCHIAVOLIN DR.SSA PAOLA
VIZZARI DR.SSA GIULIA;

- *candidati iscritti al penultimo anno della scuola di specializzazione in Pediatria:*

REGALBUTO DR. CORRADO.

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
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it