Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

CONCORSO PUBBLICO
PER TITOLI ED ESAMI
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA, CAT. D

ELENCO CANDIDATI

AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE

IL GIORNO LUNEDI' 11 OTTOBRE 2021

SECONDO IL SEGUENTE ORARIO

PRESSO IL PADIGLIONE 5 (EX MATERNITA') – 2° PIANO
OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI – VIALE L. BORRI, 57 – VARESE.

IN ESECUZIONE DEL PROTOCOLLO PER LO SVOLGIMENTO DEI CONCORSI PUBBLICI EMESSO 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;
- **CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19 (GREEN PASS) IN FORMA CARTACEA;**
- MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000, ALLEGATO.

Segue elenco dei candidati ammessi alla prova orale ed autocertificazione.

Varese, 2.9.2021

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

ELENCO CANDIDATI AMMESSI ALLA PROVA ORALE:

CONVOCAZIONE ALLE ORE 9,15
AGLIETTI ALICE BERNARDI FRANCESCA BERTOLOTTI LAURA BIGATTI GLENDA BORSOI ELEONORA BOVIO MIRIAM CACCIA FEDERICA CASALINO ELISA CASSARO CRISTINA CERRI GIULIA CHISARI ANGELA COLOMBO SARA CORRADO MARINA CRIPPA MARTINA DI PIETRO SARA DORO MARA ERBA ELISABETTA FASSONE ELENA GAION IRENE GAMBA MARTA GERACE LAURA GHISALBERTI CHIARA GINOCCHI SARA GURRIERI NOEMI.

CONVOCAZIONE ALLE ORE 13,00

LEANZA NICOLAS
LEONE AMANDA
MALACRIDA FEDERICA
MAPELLI ROBERTA
MARIANI SILVIA 15/11/1996
MARUCA ANNALISA
MAZETTA FEDERICA
MEZZALIRA ILARIA
MOGICATO ILARIA
PANZERI MARIA CHIARA
PAPINI GRETA
PARRAVICINI MIRIAM
PEDRANTI ANNALISA
POZZOLI CHIARA
RAGAZZO SARA
REMONDINI ARIANNA
SARONNI GIULIA
SCALA SABRINA
SILVESTRINI GAIA
SINATRA FRANCESCA
TRESOLDI VERONICA
VANOLI ILARIA
VISCONTI MIRIAM
ZANZI ELISA.

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)