



Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO
PER IL CONFERIMENTO A TEMPO DETERMINATO E PIENO
DELLA DURATA DI MESI 12 DI N. 1 INCARICO NEL PROFILO DI
DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA
DA ASSEGNARE ALLA S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
SCADUTO IL 30.8.2021**

SI COMUNICA CHE IL COLLOQUIO RELATIVO ALL'AVVISO IN OGGETTO AVRA' SVOLGIMENTO

IL GIORNO 15.9.2021 ALLE ORE 10,30

**PRESSO LA PALAZZINA POLIFUNZIONALE 10 (UFFICIO CONCORSI) UBICATA ALL'INTERNO DI
QUESTA ASST - VIALE BORRI, 57 - VARESE.**

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;
- **CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19 (GREEN PASS) IN FORMA CARTACEA;**
- MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000, ALLEGATO.

ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

- CALASTRI DR.SSA ANNA
- CARLOTTO DR.SSA ELENA
- CODEN DR.SSA ELISA
- DE STEFANO DR.SSA SABRINA
- DONATI DR.SSA GIULIA
- ELLI DR.SSA FABRIZIA
- PARRINO DR.SSA DANIELA
- PETTORELLI DR. ANDREA
- RIVA DR.SSA DEBORA MARIA
- SAVIETTO DR. ENRICO
- SILEO DR. GIORGIO
- VALENTINI DR. MARCO.

Varese, 7.9.2021

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

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