



**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 PROFESSIONALE DI  
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE  
INFORMATICO/INGEGNERE INFORMATICO, CAT. D  
DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

SI COMUNICA CHE LE PROVE D'ESAME SI SVOLGERANNO

**GIOVEDI' 23 DICEMBRE 2021 alle ore 9,30**

PRESSO

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

Ai sensi e per gli effetti del D.L. 44 dell'1.4.2021 convertito con modificazione dalla L. 76 del 28.5.2021 si prevede per le procedure concorsuali per il reclutamento di personale non dirigenziale, l'espletamento di una sola prova scritta e di una prova orale.

In esecuzione del protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici emesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica

**PRESENTARSI, PENA ESCLUSIONE, MUNITI DI:**

- DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E DI FOTOCOPIA DELLO STESSO;
- MASCHERINA FFP2;
- **CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19 (GREEN PASS)**;
- MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 DPR. 445/2000, ALLEGATO.

**ELENCO CANDIDATI AMMESSI:**

1. PEDERNESCHI FEDERICO
2. PRANDINI GABRIELE
3. ROSSI DAVIDE.

Varese, 3.12.2021

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

**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](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)