



Risorse Umane

**AVVISO PUBBLICO
PER TITOLI E COLLOQUIO
PER IL CONFERIMENTO DI N. 4 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER
MEDICO ADDETTO AL SERVIZIO INTEGRATIVO DI ASSISTENZA SANITARIA PER LA
REALIZZAZIONE DEL PROGETTO “SERVIZIO INTEGRATIVO DI ASSISTENZA SANITARIA
PER LE PERSONE RISTRETTE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI VARESE”**
sc. 17.12.2021

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

IL GIORNO MERCOLEDI' 22 DICEMBRE 2021 ALLE ORE 12,30

**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 CONCOSI PUBBLICI EMESSO
DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
PRESENTARSI A 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 D.P.R. 445/2000, ALLEGATO.

ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

- ***INCERRANO DR. SERGIO***
- ***KHAMNE ASL DR. MOHAMMAD REZA***
- ***RUSCONI DR. GUIDO.***

Varese, 20.12.2021

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

**AVVISO PUBBLICO
PER TITOLI E COLLOQUIO
PER IL CONFERIMENTO DI N. 4 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER
MEDICO ADDETTO AL SERVIZIO INTEGRATIVO DI ASSISTENZA SANITARIA PER LA REALIZZAZIONE DEL
PROGETTO "SERVIZIO INTEGRATIVO DI ASSISTENZA SANITARIA PER LE PERSONE RISTRETTE PRESSO LA
CASA CIRCONDARIALE DI VARESE"**

**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