



Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI N. 6 INCARICHI
LIBERO PROFESSIONALI PER PSICOLOGO
PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO
“Interventi di accoglienza e supporto psicologico per le donne vittime di violenza di genere fisica e
sessuale presso il Pronto Soccorso”
Scadenza 3.1.2022**

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

IL GIORNO 19 GENNAIO 2022 ALLE ORE 10,00

PRESSO PALAZZINA POLIFUNZIONALE 10 (UFFICIO CONCORSI) – VARESE –VIALE BORRI, 57.

ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

1. ARTESANO DR. ALBERTO
2. CAUZZO DR.SSA ALESSIA
3. CROZZOLETTI DR. NICOLA
4. D'AMICO DR.SSA MARIACONCETTA
5. DESIO DR.SSA FRANCESCA
6. FEDELE DR.SSA DONATA
7. FRAGALE DR. FABIO
8. MUSTONE DR. DOMENICO
9. NIDOLI DR.SSA GIADA
10. NOCERINO DR.SSA CAMILLA
11. RODARI DR.SSA LAURA
12. SACCHEZZIN DR.SSA STEFANIA.

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);**
- MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000,
ALLEGATO.

Varese, 13.1.2022

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