



Risorse Umane

**AVVISO PUBBLICO  
PER TITOLI E COLLOQUIO  
PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER  
LAUREATO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA  
O  
LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA LEGITTIMATO ALL'ESERCIZIO DELLA  
PROFESSIONE DI ODONTOIATRA  
PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER LE PERSONE  
RISTRETTE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI VARESE"  
sc. 4.2.2022**

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

**IL GIORNO MERCOLEDI' 9 FEBBRAIO 2022 ALLE ORE 12,00**

**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 EMESSE  
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:

- ***LIMIDO DR. MICHELE.***

Varese, 7.2.2022

IL DIRETTORE S.C. RISORSE UMANE  
(f.to Dott.ssa Elena Reborà)

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)

**AVVISO PUBBLICO  
PER TITOLI E COLLOQUIO  
PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER  
LAUREATO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA O LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA LEGITTIMATO  
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA  
PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "ASSISTENZA ODONTOIATRICA 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](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)