



Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Elena Rebora

**CONCORSO PUBBLICO
PER TITOLI ED ESAMI
PER IL CONFERIMENTO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO
DI N. 1 INCARICO NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO –
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, CAT. D
DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

ELENCO CANDIDATI AMMESSI ALLA PROVA ORALE
CHE SI TERRA' **LUNEDI' 4 APRILE 2022**
SECONDO IL CALENDARIO ALLEGATO
PRESSO

**IL PADIGLIONE 5 (EX MATERNITA') – 2° PIANO
OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI – VIALE L. BORRI, 57 – VARESE**

SECONDO IL CALENDARIO ALLEGATO.

**PER RAGIONI ORGANIZZATIVE NON È POSSIBILE VARIARE
L'ORARIO DI CONVOCAZIONE.**

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.

Varese, 30.3.2022

IL SEGRETARIO
DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE
f.to Laura Caligiuri

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

ELENCO CANDIDATI AMMESSI

COGNOME	NOME
ORE 9,00	
ALBANO	SILVIA
ALFANO	PAOLA
ALUISI	MARIANNA
BATTAINI	LUCA FRANCESCO
BERTELLI	NINO
BINDELLA	SAVERIO
BISBANO	LORENZO
BONICALZI	FRANCESCA
BUDELLI	GIORGIA
BURATO	FRANCESCA
CANALI	ILENIA
CATANIA	ROBERTO
CICOLLI	JUANA

COGNOME	NOME
ORE 11,00	
CRAMAROSSA	MICHELA
CRIVELLARI	MARTA
DAL FERRO	GAIA
DE ROSA	MATTEO
DESSI	BEATRICE
DI NATALE	FRANCESCO
DONNARUMMA	LUCA
FAVARO	CRISTINA
FESTA	EMANUELA
GIORDANO	ROBERTA

COGNOME	NOME
ORE 14,00	
INGLESE	LUIGI ANTONIO
LANZILOTTO	SARA
LIONETTI	MIRKO
LONOCE	MARIANA
MARIANO	FRANCESCO

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

MARINERO	GIOVANNI
MASELLI	DANIELE
MATARRESE	ANNALISA
OLDANI	ALESSIA
PAJOLA	FEDERICO
PALUMBO	JACOPO
POZZI	SILVIA

COGNOME	NOME
ORE 16,00	
REGA	ADA
RUSSO	ELENA
SANFILIPPO	GIUSI
SASSAROLI	MATTEO
SCHINTU	MARCO PIETRO
SPINATO	ANDREA
TOMATIS	GABRIEL MIRCO
TUFA	MATEM
TUMMINELLO	ANTONIO
VALLARIO	MICHELE

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