



**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 DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI NEFROLOGIA**

SI COMUNICA CHE LE PROVE D'ESAME SI SVOLGERANNO SECONDO IL SEGUENTE  
CALENDARIO:

**CON INIZIO ALLE ORE 9,00 DI MERCOLEDÌ 1 GIUGNO 2022**  
PRESSO BIS HOTEL VARESE – VIA ARNALDO FUSINATO, 35 – VARESE

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.

Segue elenco dei candidati ammessi ed autocertificazione.

Varese, 9.5.2022

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](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)

## ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

• *candidati in possesso del diploma di specializzazione:*

1. Censuato Dr.ssa Costantina
2. Drovandi Dr.ssa Stefania
3. Fumagalli Dr. Giordano
4. Gaballo Dr. Alessandro
5. Jovane Dr. Carlo
6. Lacetera Dr.ssa Rosanna
7. Marchi Dr. Alessandro
8. Martinelli Dr.ssa Chiara
9. Nava Dr.ssa Elisa
10. Pedone Dr.ssa Meri
11. Roggero Dr.ssa Letizia
12. Valente Dr. Mauro;

• *candidati iscritti all'ultimo anno della scuola di specializzazione:*

1. Brocca Dr.ssa Jessica
2. Calcaterra Dr.ssa Eleonora
3. Cirella Dr.ssa Irene
4. De Salvo Dr.ssa Cristina
5. Fusi Dr.ssa Miriam
6. Locatelli Dr.ssa Laura
7. Protti Dr.ssa Mariapaola
8. Rimoldi Dr.ssa Chiara
9. Visca Dr.ssa Sara;

• *candidati iscritti al penultimo anno della scuola di specializzazione:*

1. Careddu Dr. Andrea
2. Daffara Dr. Federico
3. Magatti Dr.ssa Maria Giulia
4. Mortari Dr. Gabriele.

**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)