



S.C. Gestione e Sviluppo 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 – INFERMIERE, CAT. D
DA ASSEGNARE ALLE STRUTTURE AZIENDALI.**

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

PROVA SCRITTA e PROVA PRATICA
MARTEDI' 14 FEBBRAIO 2023 alle ore 9,00
PRESSO Bis Hotel
Via Arnaldo Fusinato 35, 21100 Varese

PROVA ORALE
MERCOLEDI' 15 FEBBRAIO 2023 a partire dalle ore 9,00
***presso IL PADIGLIONE 5 (EX MATERNITA') – 3° PIANO - OSPEDALE DI CIRCOLO E
FONDAZIONE MACCHI – VIALE L. BORRI, 57 – 21100 VARESE***

PRESENTARSI A PENA DI ESCLUSIONE MUNITI DI:

- DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E DI FOTOCOPIA DELLO STESSO;
 - MASCHERINA CHIRURGICA O FFP2;
 - MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000, ALLEGATO.
- **A DECORRERE DALLE ORE 17,30 DEL GIORNO 14 FEBBRAIO 2023, SUL SITO AZIENDALE**
(<http://www.asst-settelaghi.it> nella sezione – “Lavora con noi” – “Personale” – “Bandi di Concorso”)
VERRA' ESPOSTO L'ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI A SOSTENERE LA PROVA ORALE
- **SI AVVISANO I SIGG.RI CANDIDATI CHE A DISCREZIONE DELLA COMMISSIONE LE PROVE
ORALI POTRANNO SVOLGERSI NELLA STESSA GIORNATA IN CUI SI TERRANNO LA PROVA
SCRITTA E LA PROVA PRATICA.**

Segue elenco dei candidati ammessi ed autocertificazione.

Varese, 19.1.2023

IL DIRETTORE
S.C. GESTIONE E SVILUPPO
RISORSE UMANE
f.to Dott.ssa Elena Rebora

ELENCO CANDIDATI AMMESSI:

- 1 ACCOSTUPA HUAMAN YRMA
- 2 ANELMI LORENZO
- 3 APICELLA GIUSEPPE
- 4 ARVATU IOANA RALUCA
- 5 BARAGIOLA BEATRICE CAMILLA
- 6 BARBERIS MIRKO
- 7 BASSI ALESSIA
- 8 BAUDO SILVANA
- 9 BIRAGHI GIORGIA
- 10 BODO REBECCA
- 11 BOTTINELLI GIULIA
- 12 BRANCE' VERONICA
- 13 CAFFI ANITA
- 14 CASTELLANO VALENTINA
- 15 CERIANI AMBRA
- 16 CERQUERA SARAYASI MARGORIE CRISTYN ELIZABETH
- 17 CHIONNA LUCIA CORNELIA
- 18 CIARINI GIOVANNI PAOLO
- 19 CROCI GIULIA
- 20 CRUDELE MICHELE
- 21 D'ALESIO FRANCESCO
- 22 D'ARCO ROSSELLA
- 23 DA SILVA MONTEIRO FERREIRA ANDRE'
- 24 DALLE FRATTE DAMIANO
- 25 DI BLASIO FRANCESCA
- 26 DI RONZA VINCENZO
- 27 FELICIELLO LUIGI
- 28 FRATTINI GIADA
- 29 GALLIPOLI LUCIA
- 30 GUAZZI VERONICA
- 31 GUFFANTI ESTHER
- 32 HALDEDA MELINDA
- 33 MACELLA GLORIA
- 34 MADONNA ILENIA
- 35 MARTINO LAURA
- 36 MAZZA CAMILLA
- 37 MORONI SABRINA
- 38 NAUTI FRANCESCA
- 39 NOVATI MARTA
- 40 NUOVO VALENTINA
- 41 NUZZO TOMMASO

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

42 ODDONE GIULIA
43 PALERMO LUDOVICA
44 PELAGALLI VALERIA
45 PERUZZOTTI ANGELA
46 PICONE ANGELA
47 POLLIO ALESSANDRA
48 PUGGIONI GIACOMO
49 RAGONA MARIO
50 RICCADONNA GIULIA
51 RICCI EMANUELE
52 RIZZI PAOLA
53 RIZZO NICOLE
54 ROSANOVA MARIAROSARIA
55 SALERNO MARIANGELA
56 SALINA FRANCESCO
57 SALIO ELENA
58 SALVADORI GAIA
59 SILENZI FEDERICO
60 TEBALDI SARA
61 TOMBOLINI MARIA STELLA
62 VALENTE GIULIA
63 VIGNATI ILENIA
64 VISCONTI SARA.

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 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