



**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 – EDUCATORE PROFESSIONALE, 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**  
***GIOVEDI' 23 FEBBRAIO 2023 alle ore 9,00***  
**PRESSO Bis Hotel**  
Via Arnaldo Fusinato 35, 21100 Varese

**PROVA ORALE**  
***VENERDI' 24 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 23 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. ALBERIO ALESSANDRA
2. BELLOTTI SARA
3. BENENATI GIOVANNA
4. BOGONI ELEONORA
5. CAGNAZZO SELENA
6. CANCLINI MARTINA
7. CRISAFULLI MANUELA
8. CRUCITTI ALESSIA
9. DODARO GIOVANNA
10. FANTINATO LUCA
11. FAZZINI MYRIAM
12. GAMBIRASIO LISA
13. GREGORI DANIELE
14. GRISONI ARIANNA
15. GRISONI SARA
16. GUASTELLA FABIO
17. INCLIMONA CRISTIAN
18. LAMPUGNANI ERIKA
19. LO BIANCO MAURO
20. LONGO VITTORIO
21. MALGERI MARINA
22. MANZONI LETIZIA
23. MARELLI ANDREA
24. MATTIOLO PATRIZIA
25. MENNUNI ANGELO
26. MIGALI GIULIA
27. MORETTO GIONATA
28. NAPOLI LARA
29. NERI ANNALISA
30. PANTALEONI FRANCESCO
31. PICCININI GIULIA
32. RIVA MIRANDA ELBA
33. RODIGARI SIMONA
34. RUSSO LUCA
35. SALVATELLI SIMONE
36. SERODINE FABRIZIO
37. SILVA FRANCA
38. TRAETTA FRANCESCA
39. UNALE CLAUDIA
40. VALERIO MICHELA.

**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)

**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](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)