Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE
Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DELLA DURATA DI ANNI 2 PER N. 2 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA (CAT. D).

CONVOCAZIONE COLLOQUIO

Si invitano i candidati di cui all'unito elenco, in possesso dei requisiti previsti dal bando ed ammessi alla procedura selettiva, a presentarsi, muniti di idoneo documento di riconoscimento nelle date e negli orari specificati a fianco di ciascun nominativo,

presso:

Sala Auditorium (Piano Terra)

ASST RHODENSE - P.O. GARBAGNATE

Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese

Tutti i candidati dovranno produrre - all'atto dell'identificazione, l'autodichiarazione (ASSENZA SINTOMI COVID-19) ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 allegata al presente avviso, debitamente compilata e sottoscritta.

Tutti i candidati dovranno inoltre presentare un referto relativo ad un test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente a 48 ore dalla data di svolgimento delle prove. Tale prescrizione si applica anche ai candidati che abbiano già effettuato la vaccinazione per il COVID-19.

La mancata presentazione al colloquio sarà considerata come rinuncia alla partecipazione all' Avviso Pubblico, quale che sia la causa dell'assenza, anche indipendente dalla volontà del candidato.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Concorsi dell'ASST RHODENSE – Viale Forlanini, 95 – Garbagnate Mil.se (telefono 02/994302515 – 2756-).

Il Direttore
U.O.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale
Franco Dell' Acqua
(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993)

Garbagnate Milanese, 11.06.2021

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- ✓ di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID -19;

- ✓ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19 nelle ultime due settimane;

- ✓ di non essere a conoscenza di essere positivo al COVID- 19;

- ✓ nel caso di contatti stretti, aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;

- ✓ di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) nelle ultime due settimane;

- ✓ di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

Altresì dichiara di impegnarsi ad adottare tutte le misure di prevenzione, anche in conformità alle raccomandazioni e alle istruzioni dell'OMS e dell'autorità sanitaria nazionale, atte a prevenire la diffusione del COVID-19.

Luogo e data _____

firma_____