Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Rhodense

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA SELETTIVA COMPARATA, PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A SESSUOLOGA INFANTILE PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO " DISFORIA DI GENERE" PER I SERVIZI DI NPIA

CONVOCAZIONE COLLOQUIO DEL GIORNO 5 OTTOBRE 2021

Si invitano i candidati, in possesso dei requisiti previsti dal bando, a presentarsi muniti di idoneo documento di riconoscimento e a 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 presentare il Green Pass, così come previsto dall'ultimo Decreto Legge n. 105 del 23 luglio 2021.

IL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
E DIPENDENZE

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_____