

### **SEDE SVOLGIMENTO CONCORSI:**

- **ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (CAT. C)**
- **COADIUTORE AMMINISTRATIVO (CAT. BS)**

**Presidio Ospedaliero di Garbagnate M.se – Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese**

### **COME RAGGIUNGERCI**

#### TRENO E AUTOBUS

- Con Trenord da Milano Cadorna direzione Saronno: scendere alla stazione di Garbagnate Milanese e utilizzare l'autobus Air Pullman (Linea Z120) – L'Ospedale si trova ad 1km dalla stazione.

#### AUTO

- Autostrada Milano Laghi: uscita Arese (se direzione Laghi) o uscita Lainate (se direzione Milano) quindi seguire le indicazioni per Garbagnate Milanese.
- Strada Statale Varesina, a Santa Maria Rossa svoltare in direzione Garbagnate Milanese.

### **PARCHEGGI**

**È possibile parcheggiare utilizzando i parcheggi a pagamento posti ai piani 0 e -1:**

- TARIFFE: fascia 1 ora € 0,50, fascia 2 ore € 1,50, fascia 3 ore € 2,50, fascia 4 ore € 3,50
- Per il pagamento sono presenti le obliterate presso l'ingresso principale al piano terra e al piano -1 (PH).
- Il contrassegno è strettamente personale.
- I disabili potranno richiedere il rimborso del ticket recandosi presso l'Ufficio Controllo Gestioni (scala A, ascensore -1, a sinistra) muniti di contrassegno in corso di validità, documento d'identità, biglietto ticket ingresso.
- Per informazioni è presente il tasto INFO nella colonnina di accesso/uscita.
- Punti di assistenza: corridoio centrale piano terra - ingresso/uscita principale
- Tempo di uscita dopo il pagamento 10 minuti.

**E' inoltre possibile parcheggiare, gratuitamente, presso il parcheggio esterno posto lungo il Viale Forlanini (vecchio ospedale)**

### **PRO-MEMORIA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DA PARTE DEL CANDIDATO:**

#### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AL TRIAGE:

- **certificazione verde COVID-19 (in corso di validità)**
- l'autodichiarazione (ASSENZA SINTOMI COVID-19) ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 allegata alla presente comunicazione, debitamente compilata e sottoscritta;

#### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AL VARCO:

- documento d'identità valido;

**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 \_\_\_\_\_