

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 ASSISTENTI SOCIALE PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' PREVISTE DAL PIANO LOCALE OPERATIVO GAP PER IL SOTTOBIETTIVO 3.3 "IMPLEMENTARE NELLA RETE DEI SERVIZI (ASST) MODELLI DI CURA PER PAZIENTI POLIDIPENDENTI AFFETTI SIA DA GAP CHE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE

CONVOCAZIONE COLLOQUIO DEL GIORNO 3 SETTEMBRE 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 _____