



AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO, DELLA DURATA DI MESI DODICI, DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE SOCIALE (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, in data:

GIOVEDI' 12 Maggio 2022

ORE 9,00

presso:

AULA IPPOCRATE (Area Formazione)

ASST RHODENSE - OSPEDALE DI GARBAGNATE (Piano Terra)

Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese

La procedura concorsuale si svolgerà nel rispetto delle attuali prescrizioni di prevenzione della diffusione del virus COVID 19 con particolare riguardo al distanziamento all'interno delle aree dedicate all'espletamento delle prove e alle norme igienico sanitarie.

I candidati di seguito elencati, in possesso dei requisiti previsti dal bando di concorso pubblico, sono invitati a presentarsi, muniti di un valido documento di riconoscimento, nella data e all'ora sopra indicate:

1. BORRONI MARTINA
2. CALISTO FEDERICA
3. CARUSO FEDERICA
4. CURRELI ANNA MARIA
5. DE ROBERTO ELISABETTA
6. FARCHI ELISA
7. MAIMONE CAROLA
8. MARANGONI ALESSIA
9. PACIELLO VALENTINA
10. POZZONI SARA
11. SCIPIONI NOEMI
12. SCORRANO CINZIA;

Tutti i candidati dovranno inoltre presentare:

- **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 al presente diario prove, debitamente compilata e sottoscritta;**

La mancata presentazione nel luogo, ora e giorno preindicati sarà considerata come rinuncia 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)*

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 _____