



AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO DELLA DURATA DI ANNI DUE PER N. 2 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – FISIOTERAPISTA (Cat. D), DA ASSEGNARE ALL’UOC RIABILITAZIONE SPECIALISTICA E ALL’UOC HOSPICE E CURE PALLIATIVE.

DIARIO PROVE

I colloqui si svolgeranno nelle date di Giovedì 7 Aprile e Venerdì 8 Aprile 2022, come da unito elenco allegato presso la Sala Auditorium del PO di Garbagnate Milanese - (piano terra) Viale Forlanini 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.

Il personale incaricato provvederà a garantire il rispetto di tali prescrizioni anche attraverso la misurazione della temperatura corporea dei candidati presenti prima del loro accesso alla sede concorsuale. A seguito del rilievo di temperatura corporea uguale o superiore a 37,5 °C, sarà inibito l’accesso alla sede concorsuale.

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;

L’assenza nel luogo, ora e giorno preindicati sarà ritenuta rinuncia all’avviso.

Per qualsiasi informazione è possibile rivolgersi all’UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale – Ufficio Concorsi (Tel. 02 994302755-2756).

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 18 marzo 2022

ASST Rhodense
Tipo Documento Partenza
Numero Protocollo 0017701/22
Data Protocollo 18/03/2022
Codice IPA: asstr AOO: asstr
Codice Registro Protocollo: RP01
Classifica: 1.4.2

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 _____