|  |  |
| --- | --- |
| ASST_Rhodense_small | **AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE**Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI) |

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A ASSISTENTE SOCIALE PER L’ATTUAZIONE DEI PROGETTI DI NPIA “Presa in carico integrata di adolescenti con disturbi psichiatrici – G031”**

**Tutti i candidati dovranno presentare il giorno del colloquio:**

* **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 avviso, debitamente compilata e sottoscritta;**

 **IL DIRETTORE DEL DSMD**

 **Dott.Renato Durello**

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