



AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO, DELLA DURATA DI MESI DODICI, DI N. 3 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA (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 un valido documento di riconoscimento all'orario indicato il giorno:

MARTEDI' 12 LUGLIO 2022

presso:

Sala Auditorium (Area Formazione)

ASST RHODENSE - OSPEDALE DI GARBAGNATE (Piano Terra)

Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese

Tutti i candidati dovranno presentare 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;

*I candidati AMMESSI CON RISERVA dovranno produrre la documentazione loro richiesta via e-mail, nei tempi e nei modi nella stessa indicati, pena esclusione in via definitiva dalla procedura.

I candidati NON AMMESSI alla procedura in argomento e per tale motivo non presenti nell'elenco allegato, riceveranno comunicazione - tramite raccomandata a.r. o telegramma - con indicazione della causa di non ammissione.

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 l'autosorveglianza;
- ✓ 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 _____