

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Rhodense

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE**

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA SELETTIVA COMPARATA PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N. 4 (QUATTRO) INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICO PSICHIATRA PER L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE**

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