Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

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. 2 (DUE) INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A TERAPISTI DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PER L'ATTUAZIONE DEI PROGETTI DI NPIA: "Presa in carico integrata di adolescenti con disturbi psichiatrici - 031" , "Percorsi innovativi per i disturbi di linguaggio e di apprendimento – G025", "Disabilità complesse: bisogni, risorse e prospettive della presa in carico nei Servizi NPIA del territorio dell'ATS Città Metropolitana di Milano – G032", "Migrazione e disturbi NPIA – G029"; "Percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD - G013"

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_____