

Sistema Socio Sanitario

Regione  
Lombardia

ATS Insubria

**DATA COLLOQUIO**

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL  
CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO, DELLA DURATA  
MASSIMA DI OTTO MESI, DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - DIETISTA**

**CATEGORIA D**

**Si comunica che i seguenti candidati sono convocati per il colloquio**

**MERCOLEDI' 13 LUGLIO 2022, ore 09,30**

**PRESSO LA SALA ULI DELL'ATS INSUBRIA SEDE DI COMO - VIA E. PESSINA, 6**

1)	BERTOLDI DEBORAH
2)	DEL POZZO VIVIANA
3)	DI NUCCI ANNALISA
4)	GENOVESE ALICE
5)	GENTILE VALERIA
6)	LOMEO CLAUDIA MARTINA
7)	NAPOLETANO ANTONIA
8)	PASTORELLI GIADA
9)	PESSINA FEDERICA
10)	RELLA MARTINA

I candidati sono invitati a presentarsi nell'orario sopra indicato con idoneo documento di riconoscimento.

Durante tutto lo svolgimento della procedura selettiva sarà OBBLIGATORIO indossare la mascherina FFP2 messa a disposizione dall'Agenzia.

In sede di identificazione, i candidati dovranno consegnare OBBLIGATORIAMENTE al personale di vigilanza ATS l'allegato modulo di autocertificazione covid-19 compilato e sottoscritto in ogni sua parte, unitamente all'esibizione, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera i), del DL 23.07.2021, n. 105, della certificazione verde COVID-19.

Diversamente, i candidati non potranno essere ammessi alla prova selettiva.

La mancata partecipazione al colloquio sarà considerata equivalente a rinuncia.

IL DIRETTORE U.O.C.  
GESTIONE RISORSE UMANE  
dott.ssa Alessandra Mariconti  
documento informatico firmato digitalmente  
ex DPR n.445/2000 e D. Lgs. n.82/2005 e norme  
collegate sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo



AUTOCERTIFICAZIONE COVID 19  
(DA CONSEGNARE ALL' INGRESSO)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ n° cell \_\_\_\_\_

in qualità di partecipante in data odierna al colloquio dell'avviso pubblico per il conferimento di un incarico a tempo determinato, della durata massima di otto mesi, di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA (categoria D)

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità

ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni

di non presentare i seguenti sintomi: febbre superiore a 37,5° e brividi;

di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi: tosse di recente comparsa, difficoltà respiratoria, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), mal di gola;

di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'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 aver preso visione del piano operativo relativo alle procedure selettive pubblicato sul sito aziendale e di adottare, durante le prove, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

Esibisce, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera i), del Decreto Legge 23.07.2021, n. 105, la certificazione verde COVID-19 (Green pass – in tipologia rafforzata per over 50).

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza pandemica da COVID-19.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **Informativa ex artt. 13 -14 Regolamento Europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati**

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento UE 679/2016.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_