

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ATS Insubria

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A
TEMPO INDETERMINATO DI UN POSTO DI**

DIETISTA

AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI

ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI ALLA PROVA ORALE

N.	NOMINATIVO	PUNTEGGIO PROVA SCRITTA min 21/max 30	PUNTEGGIO PROVA PRATICA min 14/max 20
1	Bonacina Davide	21,000	14,000
2	Calderoni Roberta	23,250	20,000
3	Nucci Daniele	21,000	20,000
4	Pastorelli Giada	28,875	20,000
5	Scarlatino Maria	21,000	14,000

Come anticipato con precedente avviso prot. n. 0020529 del 20 febbraio 2023, la prova orale si svolgerà presso la SALA ULI dell'ATS Insubria – sede di Como – Via E. Pessina,6

**lunedì 27 marzo 2023
a partire dalle ore 9,30**

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

Durante tutto lo svolgimento della procedura concorsuale 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.

Diversamente, i candidati non potranno essere ammessi alla prova d'esame.

La mancata partecipazione alle prove sarà considerata equivalente a rinuncia.

IL DIRETTORE

S.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
resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000
(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 alla prova orale del concorso pubblico, per titoli ed esami, indetto da ATS Insubria per l'assunzione a tempo indeterminato di un Dietista – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari

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;

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 _____