

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

DATA COLLOQUI

**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 AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE

Area di Professionisti della Salute e dei Funzionari

**Lunedì 15 maggio 2023, ore 9,30
presso**

**S.C. Gestione Risorse Umane - Padiglione Centrale
Via O. Rossi,9 Varese**

Candidati convocati al colloquio:

1)	BARLETTA LUANA
2)	CORETTI FRANCESCA
3)	FONTANA PIERO
4)	IMPERIA ALESSIO
5)	SCACIGA GIULIA

I candidati sono invitati a presentarsi nel giorno e 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 selettiva.

La mancata presentazione al colloquio 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 alle prove dell'avviso pubblico per il conferimento di un incarico a tempo determinato, della durata massima di otto mesi, di Collaboratore Amministrativo – 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;

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 _____