

AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE DENOMINATO "PROGRAMMA ANZIANI & DISABILI" PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

CONVOCAZIONE AL COLLOQUIO

I candidati ammessi, di seguito elencati:

NR	Cognome	Nome
1	ANGELI	FRANCA
2	BACCHILEGA	ALEX
3	LASORSA	MARIA CRISTINA
4	SASDELLI	CLAUDIA

sono convocati per l'espletamento del colloquio il giorno

MARTEDI' 6 DICEMBRE 2022 ALLE ORE 10.00

presso la sede dell'Ospedale Vecchio Imola Staff Formazione - Piazzale Giovanni dalle Bande Nere, 11 – Pad 14

L'avviso ha valore di notifica a tutti gli effetti nei confronti dei candidati ammessi. Non saranno effettuate convocazioni individuali.

La mancata presentazione presso la sede, nella data e nell'orario sopraindicati o la presentazione in ritardo, ancorché dovuta a cause di forza maggiore, comporteranno l'irrevocabile esclusione dalla prova.

I candidati dovranno presentarsi a sostenere il colloquio muniti di:

- idoneo documento di riconoscimento in corso di validità in originale e FOTOCOPIA DELLO STESSO (che sarà trattenuta);
- mascherina che dovrà essere indossata a protezione delle vie respiratorie per tutta la durata delle attività;
- una penna biro di colore nero;
- autodichiarazione prevista dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, n. 98 del 06/06/2020 avente ad oggetto: "Ulteriore ordinanza, ai sensi dell'art. 32 della Legge 23/12/1978 n. 833 in tema di misure per la gestione dell'Emergenza Sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19" che si allega in copia e che dovrà essere compilata, ad eccezione della firma che sarà fatta apporre al momento dell'identificazione.

Bologna, 09/11/2022

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE "PROGRAMMA ANZIANI & DISABILI" PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL' AZIENDA USL DI IMOLA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____

Residente a _____

Documento di riconoscimento n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate dall'amministrazione sul portale dei concorsi e avvisi dell' Azienda USL di Imola;
- Di non essere sottoposto a misure alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- Di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- Di non presentare febbre superiore a 37,5° C o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, etc.).

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV2.

Si presta esplicito consenso, ai sensi dei D. Lgs. 30/6/2003 n. 196 e 10/08/2018 n. 101 e del Regolamento UE 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione

Imola,

Firma _____