**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER N. 1 INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO A POSTO DI DATA MANAGER PER PROGETTO “VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE (VGM) IN PAZIENTI ANZIANI CON DLCL – S.C. EMATOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO.**

**CANDIDATO AMMESSO**

RONCAGLIA ELIA

Il candidato ammesso dovrà presentarsi il giorno **28 luglio 2021 alle ore 14.30** presso la Sala del Legno- Palazzina Uffici Amministrativi – primo piano – Via A. Da Brescia, 1, presidio di Busto Arsizio, munito dell’allegata AUTODICHIARAZIONE, che dovrà essere compilata e sottoscritta in presenza della Commissione prima di sostenere il colloquio, di fotocopia fronte/retro del documento d’identità in corso di validità e mascherina chirurgica di protezione.

Solo il candidato convocato potrà accedere ai locali dove si svolgerà il colloquio, senza accompagnatori.

Inoltre il candidato è pregato di presentarsi nell’ora indicata, al massimo 5 minuti prima dell’orario stabilito.

Il personale addetto procederà alla rilevazione della temperatura corporea del candidato e nel caso in cui la temperatura corporea sia superiore ai 37,5° gradi non potrà accedere all’edificio

Busto Arsizio, 27 luglio 2021



**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER N. 1 INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO A POSTO DI DATA MANAGER PER PROGETTO “VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE (VGM) IN PAZIENTI ANZIANI CON DLCL – S.C. EMATOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO.**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

consapevole delle conseguenze penali previste dalla legge qualora siano rese dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

 di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute pubblicate sul sito aziendale e di adottare, durante il colloquio, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

 di non essere soggetto a periodo di isolamento o quarantena obbligatoria secondo le prescrizioni governative vigenti;

 di non essere a conoscenza di essere positivo al COVID- 19;

 di non avere o avere avuto sintomi riconducibili al COVID-19 nei 14 giorni precedenti;

 di essere stato positivo sintomatico al COVID-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo, eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi;

 di essere stato positivo asintomatico al COVID-19 e di aver osservato un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo.

Nel caso di contatti stretti con persone positive al COVID-19:

 di aver osservato un periodo di quarantena obbligatoria di 14 giorni dall’ultima esposizione al caso;

 di aver osservato un periodo di quarantena di 10 giorni dall’ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo, effettuato il decimo giorno.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del COVID-19.

Busto Arsizio, li

[luogo e data]

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[la firma viene apposta al momento dell’identificazione]