Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

BANDO DI MOBILITÀ COMPARTIMENTALE PER LA COPERTURA DI N. 4 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA – CAT. D (SCADENZA BANDO 30/07/2021)

Si rende noto che il colloquio relativo al Bando in oggetto si svolgerà il giorno

Giovedì 2 Settembre 2021 ore 14,30

presso **l'Aula Golgi** – Palazzina Uffici – Primo Piano - di questa A.S.S.T. – Piazzale Ospedale 1 – Treviglio (BG).

I candidati (come da allegato 1) dovranno presentarsi alle prove nell'orario e sede sopra specificato muniti di:

- **documento di identità valido e relativa fotocopia fronte-retro**
- **modello di autocertificazione allegato, già compilato (all. 2)**
- **appositi DPI previsti per l'attuale emergenza COVID-19**
- **Certificazione Verde COVID-19 – Green Pass**

Gli assenti a qualsiasi titolo saranno considerati rinunciatari.

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'Ufficio Concorsi dell'Azienda - Piazzale Ospedale, n.1 – 24047 TREVIGLIO (BG) - orario di apertura al pubblico: dalle ore 10,30 alle ore 12,30 e dalle ore 14,00 alle ore 15,00 dal Lunedì al Venerdì - (tel. 0363/424533 – fax 0363/424531 - mail: ufficio_concorsi@asst-bgovest.it).

Treviglio 09/08/2021

IL DIRETTORE
UOC RISORSE UMANE
(Montanari dott.ssa Anna Paola)

ELENCO CANDIDATI

N.	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA
1	BASSETTI SABRINA	11/02/1983
2	BUGINI PATRIZIA	07/01/1982
3	CARMINATI MARCELLA	09/10/1989
4	FEDERICI MARA	18/06/1983
5	MAGGIONI MANUELA	21/06/1984
6	MOLENDINI ADRIANA	07/11/1986
7	MUSHTAQ IRAM	02/04/1987
8	PIRRETTI IMMACOLATA	04/12/1982
9	TESTA ILARIA	24/12/1988
10	VADALA' PALMA	22/03/1970

Au.2

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ	Data:30/10/2020	
		Pag.:1	di:1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritt_____

nato il_____ a _____(___), C.F. _____

residente in _____ (___), in via_____

e domiciliato in _____ (___), via_____

Tel _____ e-mail _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da_____

il _____ e con scadenza _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

- ☐ di non essere sottoposto alla misura della quarantena o provvedimento restrittivo analogo;
- ☐ di non essere risultato positivo al virus COVID-19, ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;
- ☐ di non presentare, alla data del concorso alcuno di questi sintomi: febbre superiore a 37.5, mal di gola, rinorrea, tosse difficoltà respiratoria e sintomatologie simil influenzale/simil Covid-19, polmonite, mancanza di gusto e/o appetito, perdita improvvisa dell' olfatto, dissenteria, congiuntivite, mal di testa, brividi, affaticamento;
- ☐ di essere consapevole di dover adottare, durante la prova concorsuale, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19.

La presente audichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo	Data	Firma
_____	_____	_____

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE TREVIGLIO