

Avviso di convocazione per il colloquio della Selezione Interna per il conferimento di incarico di coordinamento – (area sanitaria)

Si comunica che il colloquio della selezione interna per il conferimento di incarico di coordinamento:

Incarico di coordinamento	CANDIDATI AMMESSI
Incarico di coordinamento servizio ambulatoriale ospedaliero dei tecnici di neurofisiopatologia (valorizzazione economica euro 2.800,00 annui)	TESTA MASSIMILIANO

si svolgerà presso l’A.S.L. CN2 Alba-Bra, Sala Multimediale, Via Vida, 10 - 12051 ALBA (CN)

il giorno **GIOVEDI’ 13 GENNAIO 2022 alle ore 9,00**

Si precisa che il presente avviso ha valore di convocazione per tutti i candidati ammessi

I candidati dovranno presentarsi muniti di un documento di riconoscimento in corso di validità e dichiarazione, allegata, per misure a prevenzione contagio da Covid-19 e presentare all’atto dell’ingresso nell’area concorsuale una delle certificazioni verdi COVID-19 (GREEN PASS)

La mancata presentazione per qualsiasi causa sarà considerata rinuncia.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.C. Amm.ne del personale e Sviluppo Risorse Umane dell’A.S.L. CN2 Alba-Bra - Via Vida, 10 - 12051 ALBA – Tel 0173/316521/205.

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

Dott.ssa Alessandra D’ALFONSO

DICHIARAZIONE PER MISURE A PREVENZIONE CONTAGIO DA COVID-19

COGNOME NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

In qualità di candidato partecipante al colloquio della selezione interna per incarico di coordinamento che si svolgerà in data _____ alle ore _____ consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non essere in una delle seguenti condizioni:
 - a) temperatura corporea superiore a 37,5°C e brividi;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - e) mal di gola
- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione.

Data.....

Firma leggibile del compilatore