



**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO
DI FUNZIONE DENOMINATO "RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DI
DIREZIONE SANITARIA" – AREA COMPARTO – PER IL PERSONALE
DIPENDENTE DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI**

CONVOCAZIONE AL COLLOQUIO

La candidata ammessa, di seguito elencata:

NR	Cognome	Nome
1	PALMIERI	ELISABETTA

è convocata per l'espletamento del colloquio il giorno

MERCOLEDÌ 26 OTTOBRE 2022 ALLE ORE 15.15

presso lo studio della dott.ssa Damen Viola - Istituto Ortopedico Rizzoli - Via Pupilli 1 -
Bologna - Primo Piano – Ala Monumentale

L'avviso ha valore di notifica a tutti gli effetti nei confronti della candidata ammessa. Non sarà effettuata convocazione individuale.

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.

La candidata dovrà presentarsi a sostenere il colloquio munita 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 dovrà essere apposta al momento dell'identificazione.

Bologna, 29/09/2022

AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE DENOMINATO "RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DI DIREZIONE SANITARIA" - AREA COMPARTO – PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

Il/LaSottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

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 Bologna;
- 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

Bologna,

Firma _____